

障害福祉サービス費等の請求に関する送信票

連絡先が事業所と異なる場合は、電話番号も記載してください。

事業所コード	0	4	1	9	8	7	6	5	4	3
事業所名	宮城県〇〇市◆◆町1-2-3 □□□サービス事業所 (TEL: 022-211-1234)									
連絡先担当者	宮城太郎 (TEL: 022-222-1234)									

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

令和〇〇年 4月 1日提出

障害福祉サービス費等の請求を下記のとおり送信します。

記

◎障害福祉サービス費等の請求

(伝送時: 送信日時 4月 1日 12時00分)

サービス月	件数	請求金額	サービス月	件数	請求金額
3月	10 (明) (サ) (計) (利)	144,444	月	(明) (サ) (計) (利)	
2月	10 (明) (サ) (計) (利)	122,222	月	(明) (サ) (計) (利)	
月			月	(明) (サ) (計) (利)	
月			月	(明) (サ) (計) (利)	
月			計	20	266,666
備考					

「費用合計」ではなく、利用者負担金を除いた「請求金額」を記載してください。

※送信した書類の該当する項目に○を付けてください。

- (明) 介護給付費等請求明細書 (サ) サービス提供実績記録票
(計) サービス利用計画作成費 (利) 利用者負担上限額管理結果票

記入方法

- 障害福祉サービス費等の請求欄の記載について、サービス月毎に、今回送信した内容を件数欄には介護給付費等請求明細書及びサービス利用計画作成費の総件数を、請求金額の欄には総請求金額を記入してください。
- 本票をコピーし、原則として月1枚作成してください。
- 一度送信票を送った後に、請求データの再送信をする場合
 - 請求データ送信後に送信漏れ等があった場合は、追加データを送信し、備考欄に「追加再送信」と記入した正しい送信票をFAX送信してください。
 - 請求データ送信後に送信データをすべて取下げ、請求データを再送信した場合は、備考欄に「取下げ再送信」と記入した正しい送信票をFAX送信してください。

⇒「取下げ再送信」を行う場合は、必ず電子請求受付システムで請求データの「取下げ」を行った上で、データの再送信を行ってください。

※本会での確認作業の関係から、10日までにFAX送信いただきますようお願いいたします。

国保連合会 FAX 番号: 022-222-7260

※添書不要 (本送信票一枚のみ送信下さい)