医療券FAX請求用紙

記入方法

東広島市　健康福祉部　地域共生推進課　保護係　宛　　（FAX　082-423-8065）

請求年月日（西暦8桁）		連絡先（☎）	
医療機関コード（10桁）		医療機関名	

※受給者番号と生年月日で個人を特定いたします（受給者番号不明の場合は、空欄で結構です）。

No.	券種	生年月日（西暦8桁） 氏名	受給者番号（7桁）	請求月	診療月の初回受診日（西暦8桁） 医療要否意見書の必要な月を記入
見本	☑ 入院　☐ 入院外 ☐ 歯科	1 9 8 0 0 1 0 1 医療　太郎	1 2 3 4 5 6 7	1☐ 2☐ 3☐ 4☑ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐	2 0 2 1 0 6 0 1 7
1	☐ 入院　☐ 入院外 ☐ 歯科			1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐	
2	☐ 入院　☐ 入院外 ☐ 歯科			1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐ 11☐ 12☐	

・数字は、欄内に収まるように入力（記入）してください。また、ゴム印は押さないでください。

・請求年月日はファックスの送付日を入力してください。

・医療機関コードは先頭に県番号（広島県なら034）を入れた数字を入れ、ハイフン、カンマなどの記号は入れないでください。

・ファックス送信時は、四隅の■がきれいに収まるようにして送ってください。読み取り時の基準となるポイントなので、ずれていると正しく読み取れない場合があります。

・必要な券種に応じて✓を入れてください。

・同じ医療機関で、複数の券種が必要な場合は、欄を変えて個別に記入してください。

・受診した方の氏名、生年月日、受給者番号を入れてください。生年月日は西暦で入力してください。
（例：S30.1.1 → 19550101）
受給者番号は右詰で記入してください。
（例：123456 → 0123456）

・受給者番号は、医療券に記載されていますので、受診歴がある方は確認が可能です。初診の場合は、空欄で構いません。

診療月の初回受診日は、一番古い請求月の初回受診日を記入してください。

※AI－OCRの自動読み取り機能は、二重線での訂正等には対応できません。誤記・誤入力等が発生した際は、欄を変えて記入してください。

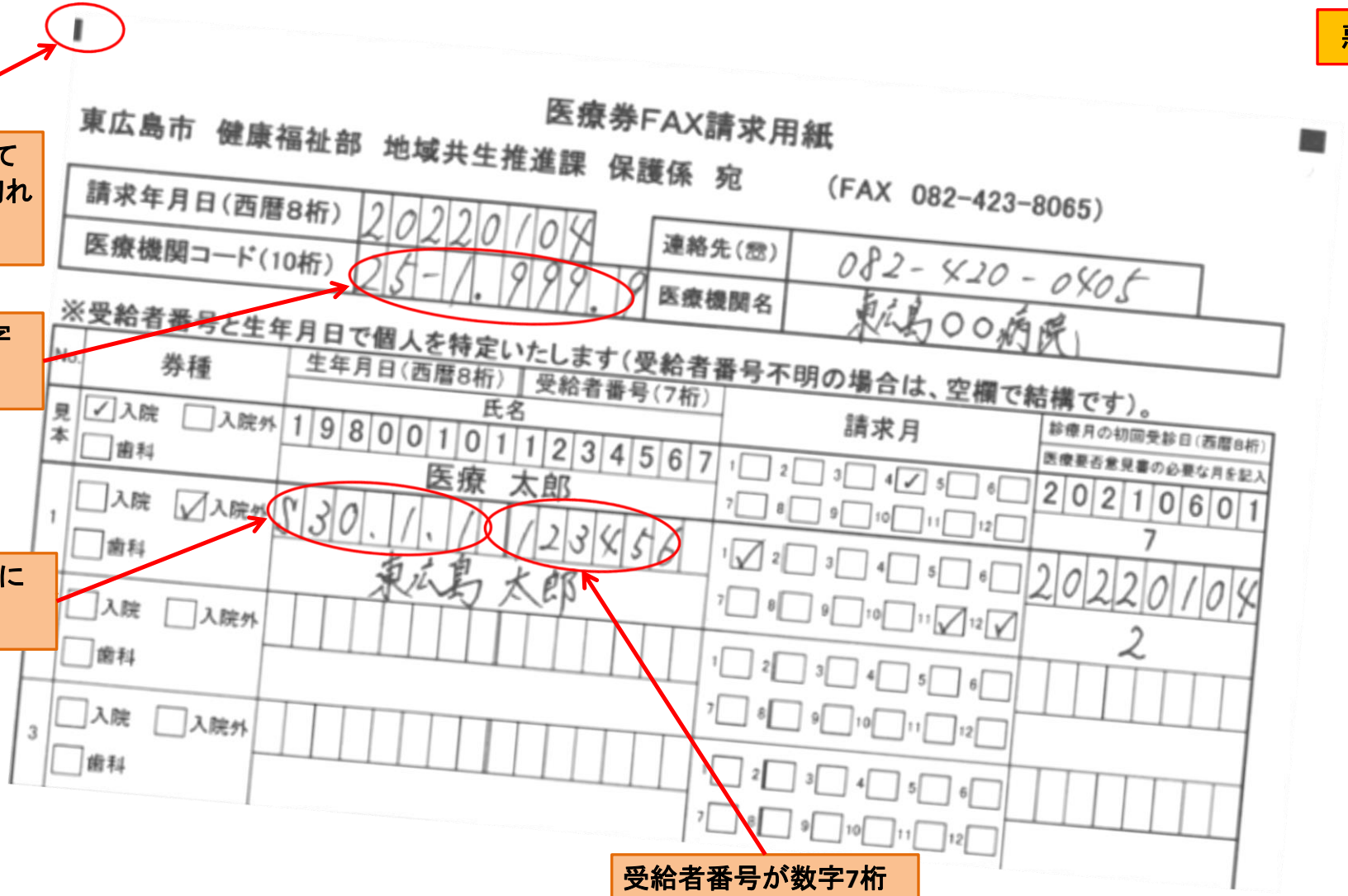
悪い例

送信時に用紙が傾いており、四隅の■が見切れている。

医療機関コードが数字10桁になっていない。

生年月日が西暦8桁になっていない。

受給者番号が数字7桁になっていない。



医療券FAX請求用紙

東広島市　健康福祉部　地域共生推進課　保護係　宛　（FAX　082-423-8065）

請求年月日（西暦8桁）	20220104
医療機関コード（10桁）	25-1.999.9

連絡先（電）	082-420-0405
医療機関名	東広島○○病院

※受給者番号と生年月日で個人を特定いたします（受給者番号不明の場合は、空欄で結構です）。

No.	券種	生年月日（西暦8桁）	受給者番号（7桁）	氏名	請求月	診療月の初回受診日（西暦8桁）／医療要否意見書の必要な月を記入
見本	☑入院 □入院外 □歯科	19800101	1234567	医療　太郎	1 2 3 4☑ 5 6 7 8 9 10 11 12	20210601 7
1	□入院 ☑入院外 □歯科	S30.1.1	123456	東広島　太郎	1☑ 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11☑ 12☑	20220104 2
	□入院 □入院外 □歯科				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
3	□入院 □入院外 □歯科				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	