

# 記載例

医療機関・健診機関ごとに1枚  
複数月の請求がある場合も1枚

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

開設者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

## 風しん対策 請求総括書（実績報告書）

施設等区分

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月

1:医療機関

2610000000

厚労病院〇〇〇〇

2019年7月分

診療月ではなく、国保連に  
請求する月を記載してください。

10桁を記載してください。

県番号（2桁）+  
点数表（1桁）+  
医療機関コード（7桁）

※県番号 京都府「26」  
点数表 医療機関「1」  
健診機関「2」

※7桁のゴム印を押印する場合は、  
医療機関コードの前に県番号と点数表を  
追記してください。

	区分	請求件数	請求金額	
			（円）	（千円）
抗体検査	①健診・HI法	1	1,290	1,393
	②健診・EIA法	1	2,680	2,894
	③HI法	1	4,930	5,324
	④EIA法	1	6,320	6,825
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	4	15,220	16,436
予防接種	通常	1	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	1	0	0
	合計	5	15,220	16,436

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本総括書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。