

アフターケア委託費請求書・アフターケア委託費請求内訳書記載要領

(1) 一般的事項

・OCR 読取り部の枠内の数字は「コンピュータ印書又は黒のボールペン」で「標準字体」で枠内に納まるように記入をお願いします。

・鉛筆・サインペンでの記載は、OCR 読取りができませんので使用しないようにお願いします。

(2) アフターケア委託費請求書（実施要領様式第 5 号・6 号）記載上の留意事項

・労災指定医療機関・薬局の番号の記入を必ずお願いします。

*茨城の労災指定医療機関番号は「08」で始まる 7 桁の番号、労災指定薬局番号は「084」で始まる 8 桁の番号となります。

・「請求金額」欄・・・アフターケア委託費請求内訳書（レセプト）の合計額を記入してください。

・請求金額には必ず¥マークを記入してください。

*請求金額欄の訂正はできません。間違った場合は請求書を新たに作成してください。

・「内訳書添付枚数」欄・・・添付されているレセプトの枚数（続紙は含まれません）を記入してください。

*** レセプト用紙は続紙としては使用できません。**

・「請求年」及び「請求月」欄・・・添付したレセプトのうち最新の診療年月を記入してください。

* 添付したレセプトの請求月が3月と4月の場合の請求月は4月となります。

注) レセプト請求については、当月請求分のレセプトをまとめて請求書1枚に、合計した請求金額・内訳書枚数を記入して請求をお願いします。

(3) アフターケア委託費請求内訳書（実施要領様式第5号の2・6号の2）記載上の留意事項

・レセプト、続紙共に他の用紙を糊付けするとOCR読取りができなくなりますので切り貼りはしないようにお願いします。

・「アフターケア手帳番号」「合計額」及び薬局の場合は「処方年月日」診療費の場合は「診察年月日」検査を行った場合は「検査年月日」の記入を必ずお願いします。

* レセプトの合計額に¥マークは記入しないようにお願いします。

* 診療費は診察日ごとに、薬剤費は処方日ごとに内訳書（月2回受診・処方した場合は内訳書2枚）の作成をお願いします。

*** 医療機関受診時・薬局来院時にはアフターケア手帳番号の確認を必ずお願いします。**

*** アフターケアは労働保険番号を記載するのではなく、アフターケア手帳番号**

の記入をお願いします。