










# 費用請求・支払のスキーム

| 送金概要<br>(抗体検査分) |         |     |          |           |
|-----------------|---------|-----|----------|-----------|
|                 | A 県 X 市 |     | 2019年4月分 | 合計20,000円 |
| 内訳              | 医療機関名   | 請求数 | 単価       | 送金額       |
|                 | Xクリニック  | 2   | 2,500円   | 5,000円    |
|                 | Yクリニック  | 6   | 2,500円   | 15,000円   |

| 送金概要<br>(予防接種分) |         |     |          |           |
|-----------------|---------|-----|----------|-----------|
|                 | A 県 X 市 |     | 2019年4月分 | 合計30,000円 |
| 内訳              | 医療機関名   | 請求数 | 単価       | 送金額       |
|                 | Xクリニック  | 2   | 10,000円  | 20,000円   |
|                 | Yクリニック  | 1   | 10,000円  | 10,000円   |







  
 国保連合会の  
 手数料  
 (抗体検査分)

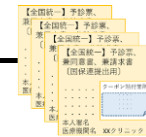



  
 国保連合会  
 の手数料  
 (予防接種分)

請求から入金までの期間  
(例) 6月実施分

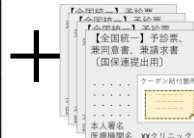
- ・ 7月10日までに実施機関から国保連合会に請求
- ・ 8月10日までに国保連合会から市区町村に請求
- ・ 8月22日までに市区町村から国保連合会に支払
- ・ 8月末までに国保連合会から実施機関に入金



| 請求総括表<br>(抗体検査分) |         |     |          |           |
|------------------|---------|-----|----------|-----------|
|                  | Xクリニック  |     | 2019年6月分 | 合計10,000円 |
| 内訳               | 市町村名    | 請求数 | 単価       | 請求額       |
|                  | A 県 X 市 | 2   | 2,500円   | 5,000円    |
|                  | A 県 Y 市 | 1   | 2,500円   | 2,500円    |
|                  | B 県 A 市 | 1   | 2,500円   | 2,500円    |



| 請求総括表<br>(予防接種分) |         |     |                        |           |
|------------------|---------|-----|------------------------|-----------|
|                  | Xクリニック  |     | 2019年6月分               | 合計40,000円 |
| 内訳               | 市町村名    | 請求数 | 単価<br>(クーポン券に記載されてる費用) | 請求額       |
|                  | A 県 X 市 | 2   | 10,000円                | 20,000円   |
|                  | A 県 Y 市 | 1   | 9,000円                 | 9,000円    |
|                  | B 県 A 市 | 1   | 11,000円                | 11,000円   |



| 送金概要<br>(抗体検査分) |         |     |          |           |
|-----------------|---------|-----|----------|-----------|
|                 | Xクリニック  |     | 2019年4月分 | 合計10,000円 |
| 内訳              | 市町村名    | 請求数 | 単価       | 送金額       |
|                 | A 県 X 市 | 2   | 2,500円   | 5,000円    |
|                 | A 県 Y 市 | 1   | 2,500円   | 2,500円    |
|                 | B 県 A 市 | 1   | 2,500円   | 2,500円    |



| 送金概要<br>(予防接種分) |         |     |          |           |
|-----------------|---------|-----|----------|-----------|
|                 | Xクリニック  |     | 2019年4月分 | 合計40,000円 |
| 内訳              | 市町村名    | 請求数 | 単価       | 送金額       |
|                 | A 県 X 市 | 2   | 10,000円  | 20,000円   |
|                 | A 県 Y 市 | 1   | 9,000円   | 9,000円    |
|                 | B 県 A 市 | 1   | 11,000円  | 11,000円   |

