










費用請求・支払のスキーム

送金概要 (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 (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)

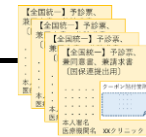
 国保連合会
 の手数料
 (予防接種分)

請求から入金までの期間
(例) 6月実施分

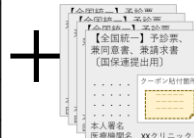
- ・ 7月10日までに実施機関から国保連合会に請求
- ・ 8月10日までに国保連合会から市区町村に請求
- ・ 8月22日までに市区町村から国保連合会に支払
- ・ 8月末までに国保連合会から実施機関に入金



請求総括表 (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 (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 (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 (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 (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

