令和　　年　　月　　日

静岡県国民健康保険団体連合会　審査部　御中

診療（調剤）報酬振込通知書等の再発行依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 再発行の対象となる通知書（該当する番号を○で囲んでください） | 1　診療（調剤）報酬振込通知書2　診療（調剤）報酬振込通知書を含めたすべての帳票 |
| 請求月（基本診療分） | ・単月 | 令和　　　年　　月　請求分（令和　　　年　　月診療分） |
| ・複数月 | 令和　　年　　月　～　　年　　月　請求分（令和　　年　　月　～　　年　　月診療分） |
| 保険医療機関等コード |  |
| 点数表　　　　　　　　　　　　（該当する点数表を○で囲んで下さい） | 医科 ・　歯科 ・　調剤 ・　訪問看護 |
| 保険医療機関等名称 |  |
| 保険医療機関等所在地 |  |
| 担当者名／電話番号 | 担当者名　　　　　　　　TEL　 |
| 再発行の理由　　　　　　　　　　　　（該当する番号を○で囲んで下さい） | 　1　未ダウンロードのため　2　紛失のため |

**【重要】返送用のレターパックライト（青）を同封してください。**

**・なお、レターパックの依頼主保管用シールは、はがさないでください。**

　・**レターパックのお届け先に返送先（貴保険医療機関等の名称等）を記載してください。**

【送付先・お問合せ先】

〒４２０－８５５８　　静岡市葵区春日２丁目４番３４号

担当：静岡県国民健康保険団体連合会　審査部

　医　科　　　審査第２・３課　TEL 054-253-5540

　歯　科　　　審査第４課　　　TEL　054-253-5535

　調　剤　　　審査調整課　　　TEL　054-253-5541

訪問看護　　審査調整課　　　TEL　054-253-5541

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連合会使用欄 | 担当 | 印刷 | 確認 |
|  |  |  |  |