

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