

令和 年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会 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 (該当する種類を○で囲んでください)	・ 振込通知書 ・ 過誤調整結果通知書 (国保 後期) ・ 増減点・返戻通知書 (国保 後期)
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	
電話番号	
担当者名	
請求月 (診療分)	・ 単月 平成・令和 年 月請求分 (平成・令和 年 月診療分)
	・ 複数月 平成・令和 年 月 ~ 年 月請求分 (平成・令和 年 月 ~ 年 月診療分)
再発行の理由	
備考欄	

- ・ 返送用の切手を同封してください。
- (料金不足とならないようご注意ください。)

【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 情報管理課 請求支払係

電話番号：054-253-5586