

# 診療(調剤)報酬支払額決定通知書再発行依頼書

令和      年      月      日

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

下記のとおり、診療(調剤)報酬支払額決定通知書の再発行を依頼します。

医療機関コード	
名称	
開設者氏名	印
所在地	〒
電話番号	

再発行する診療月	年      月診療分 (      年      月振込分)
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
通知書種類	<input type="checkbox"/> 支払額決定通知書 <input type="checkbox"/> 支払額決定通知書内訳書 <input type="checkbox"/> 支払額決定通知書(年計) <input type="checkbox"/> 支払額決定通知書内訳書(年計)

- ※ 再発行を依頼する場合は、この依頼書と返信用封筒(切手貼付)を同封のうえ、下記宛先まで送付してください。
- ※ 直接国保連合会へ受け取りに来られる場合は、あらかじめ連絡のうえ、この依頼書と医療機関の証明書(過去に発行した支払額決定通知書等)を持参してください。

送付先      〒700-8568  
岡山市北区桑田町17番5号  
岡山県国民健康保険団体連合会  
審査管理課 支払調整班  
電話 086-223-8825