

秋田県国民健康保険団体連合会 御中

診療報酬等関係帳票再発行依頼書

診療報酬等帳票の再発行について、次のとおり依頼します。

	保険医療機関 (保険薬局等)コード	
	保険医療機関 (保険薬局等)名称	
	保険医療機関 (保険薬局等) 所在地・電話番号	
	開設者名・印	(印)
※1	再発行を 希望する帳票名	
※2	再発行の診療(調剤等) 年月	
	再発行理由	

※1 診療(調剤)報酬等支払額決定通知書、診療(調剤)報酬等支払額決定通知書内訳書など、再発行を希望する帳票名及び国保・後期を記載してください。

※2 再発行を希望する診療月、請求月を記載してください。
【例：令和〇〇年〇月請求分(〇月診療分)】