

特定健康診査等支払額通知書再発行依頼書

令和 年 月 日

長崎県国民健康保険団体連合会 御中

下記のとおり、診療(調剤)報酬等支払額決定通知書の再発行を依頼します。

健診機関等コード	
健診機関等名	
開設者氏名	
健診機関等所在地	
電話番号	
対象診療月	令和 年 月分 ~ 令和 年 月分
再発行理由	
内訳書の再発行	要 不要 (どちらかに○をつけて下さい)

【留意事項】

1. 再発行依頼は本依頼書で郵送にて受付けます。(電話、FAX、会計事務所等代理人による支払金額照会、再発行依頼については応じられません。)
2. **返信用封筒(切手貼付)を必ず同封**してください。
3. 本会へ届出されている健診機関所在地への送付となります。
4. 送付には本依頼書が連合会に到達してから1週間程かかります。
5. 別途1件当たり 200 円(消費税別)の再発行手数料がかかります。(決定通知書と併せて払込票を送付致します。)
6. 再発行は発行月から原則1年以内になります。
(例：R5.4月健診分(R5.5月請求分)はR5.6月発行であるためR6.6月まで再発行可能)
8. お問い合わせ・送付先
〒850-0025 長崎市今博多町 8-2 長崎県国民健康保険団体連合会 保険者支援課
TEL (095)826-7301

受付印

連合会使用欄					
受付		確認		発送	
/		/		/	