

# 診療(調剤)報酬等支払額決定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。

保険医療機関等コード	
保険医療機関等名	
開設者氏名	
保険医療機関等所在地	
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】

- 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。)
- 返信用封筒(切手貼付)を必ず同封してください。
- 返信用封筒には、宛先(本会へ届出されている保険医療機関所在地)をご記載ください。
- 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。
- 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。)
- 本依頼書、上記再発行手数料には、特定健診、予防接種は含まれません。
- 再発行は発行月から原則1年以内になります。  
(例：R3.6月診療分(R3.7月請求分)はR3.8月発行であるためR4.8月まで再発行可能)
- お問合せ・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 審査課  
TEL (095)826-7731

受付印	連合会使用欄					
	受付		確認		発送	
	/		/		/	