

診療(調剤)報酬支払額決定通知書等各種帳票再発行依頼書

令和 年 月 日

機関番号		電話番号	()
機関名			
開設者氏名		担当者名	
所在地	(〒 -)		
再発行理由			
請求年月 (診療年月)	令和 年 月	～ 令和 年 月	(合計 ヶ月分)

【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. 本依頼書の本会到着後、再発行帳票の送付までは**10日間程度**を要します。
3. 1月分当たり200円(消費税別)の再発行手数料がかかります。
(帳票と併せて払込票を送付いたします。)
4. **本会へ届け出ている医療機関等所在地を記載した返信用封筒(切手貼付)を必ず同封**してください。
(出力枚数が多く、切手の料金不足が発生した場合の不足額は受取人支払いとさせていただきます。)
5. 複数機関を同時に再発行依頼する場合は、**機関番号ごとに依頼書を作成し、機関番号ごとの返信用封筒**を同封してください。
6. 本依頼書、上記再発行手数料には、**介護給付費、特定健診、予防接種は含まれません。**
7. 再発行は発行月から原則1年以内になります。
(例: R6.7月請求分は R6.8月発行であるため R7.7月まで再発行可能)

←1～7を確認の上、✓をお願いします。

再発行依頼帳票に○をつけてください。

(○がついていた場合でも、ご依頼の診療月に該当帳票の発行がない場合送付はありません。)

診療(調剤)報酬等支払額決定通知書	増減点連絡書
支払額決定通知書内訳書	突合点検結果連絡書
過誤調整結果通知書	返戻内訳書
資格確認結果連絡書(原審査)	増減点返戻通知書
資格確認結果連絡書(再審査)	過誤・再審査結果通知書
受付エラー連絡票 ※光ディスク(CD等)で請求されている医療機関のみ	

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	
	/		/		/	