

年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書等再発行依頼書

医療機関等コード	
名 称	
住 所	〒
担 当 者 氏 名	
連絡先電話番号	

下記のとおり、書類の再発行を依頼いたします。

記

診療年月	年 月 診療分
------	---------

項番	再発行依頼	書類名称	連合会使用欄
1		診療（調剤）報酬等支払額決定通知書（様式3）	
2		診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書（様式3-2）	
3		国民健康保険過誤調整結果通知書（様式1-3）	
4		公費負担医療過誤調整結果通知書（様式1-3）	
5		後期高齢者過誤調整結果通知書（様式1-3）	
6		過誤・再審査結果通知書（様式3-5）	
7		社保乳幼児診療報酬支払額決定内訳書（様式3-2）	
8		社保乳幼児過誤調整結果通知書（様式1-3）	
9		社保乳幼児医療返戻内訳表	
10		増減点・返戻通知書（様式3-4）	
再発行理由 (チェック記入してください)		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> ダウンロード期間の終了 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

注意事項

①	右上の医療機関情報及び再発行依頼の枠内はもれなく記入願います。
②	診療年月欄に再発行を求める帳票の診療年月を元号から記入願います。複数月分依頼する場合は診療年月ごとに本書を作成してください。
③	再発行依頼欄には再発行を求める帳票のみ○を記入願います。
④	返送用封筒として返送先住所、宛名を御記入いただき、切手を貼付したものを同封してください。（料金不足とならないよう御注意ください。）
⑤	再発行の帳票につきましては紙媒体での発送となります。
⑥	オンライン請求医療機関等は、オンライン請求システムにて各種帳票のダウンロードをしていただくようお願いいたします。 ※ダウンロード期間は原則公開日の翌々月末までとなりますので御注意ください。

送付先	〒980-0011 仙台市青葉区上杉1-2-3 宮城県国民健康保険団体連合会 審査管理課 管理係 TEL 022-222-7074
-----	---