

令和 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会 御中

診療（調剤）報酬支払額決定通知書および診療（調剤）
報酬支払額決定通知書内訳書の再発行依頼について

下記により、診療（調剤）報酬支払額決定通知書および診療（調剤）報酬支払額決定通知書内訳書の再発行依頼について再発行を依頼します。

記

1. 保険医療機関等のコード及び名称等

コード _____
名 称 _____
所在地 〒 _____

開設者氏名 _____ 印
電話番号 _____

2. 再発行する帳票の診療年月

令和 年 月診療分

3. 再発行理由

※送付先が上記の所在地と異なる場合については、送付先を記載ください。
なお、送付先が異なる場合は、連絡させていただく場合がございます。
予めご了承ください。

※本再発行依頼様式と返信用封筒（切手貼付）を同封の上、本会過誤調整係あて送付
いただきますようお願いいたします。