

岩手県国保連合会 管理係 御中

保険医療機関コード					
保険医療機関名称					
開設者氏名	印				
保険医療機関郵便番号及び住所		-			
担当者氏名					
連絡先電話番号					

診療(調剤)報酬等支払額決定通知書等の再発行について【依頼】

下記帳票について再発行を依頼いたします。

記

診療年月		平成 年 月 診療分		令和		帳票名称		連合会使用欄	
項番	チェック欄								
①	<input type="checkbox"/> 必要	診療(調剤)報酬等支払額決定通知書(様式3)							
②	<input type="checkbox"/> 必要	診療(調剤)報酬等支払額決定通知書内訳書(様式3-2)							
③	国保分 <input type="checkbox"/> 必要	増減点・返戻通知書(様式3-4)							
	後期分 <input type="checkbox"/> 必要								
④	国保分 <input type="checkbox"/> 必要	再審査結果通知書(様式3-5)							
	後期分 <input type="checkbox"/> 必要								
⑤	<input type="checkbox"/> 必要	国民健康保険過誤調整結果通知書(様式1-3)							
⑥	<input type="checkbox"/> 必要	後期高齢者過誤調整結果通知書(様式1-3)							
⑦	国保分 <input type="checkbox"/> 必要	公費負担医療過誤調整結果通知書(様式1-3)							
	後期分 <input type="checkbox"/> 必要								
⑧	<input type="checkbox"/> 必要	増減点通知書 ※集計誤り分							
⑨	<input type="checkbox"/> 必要	医療費助成支払額決定通知書(様式1)							
⑩	<input type="checkbox"/> 必要	医療費助成支払額決定通知書内訳書(様式2)							
⑪	<input type="checkbox"/> 必要	医療費助成修正結果・返戻通知書(様式3)							
⑫	<input type="checkbox"/> 必要	医療費助成過誤調整結果通知書(様式4)							

◎記入提出方法

1	右上太枠囲み内をもれなく記入、捺印願います。
2	診療年月欄に、再発行を求める帳票の診療年月を記入願います。 複数月分にかかる依頼の場合は、診療年月ごとに本書を作成してください。 診療年月が不明の場合は係までお問い合わせください。
3	チェック欄は再発行を求める帳票のみ口を■としてください。
4	再発行(返送)用として、定型外封筒へ郵便番号、住所、宛名を御記入いただき、120円切手を同封してください。再発行する枚数や複数月の場合、差額分の郵送料を請求させていただきますので、予め御了承願います。
5	作成した本書を上記4とともに下記まで提出願います。(※FAX不可)

送付先	〒020-0025 盛岡市大沢川原3-7-30 岩手県国保連合会 管理係 あて TEL 019-623-0951
-----	--