

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	
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	令和 年 月 診療分		
項番	チェック欄	帳票名称	連合会使用欄
①	<input type="checkbox"/>	診療(調剤)報酬等支払額決定通知書(様式3)	
②	<input type="checkbox"/>	診療(調剤)報酬等支払額決定通知書内訳書(様式3-2)	
③	<input type="checkbox"/>	増減点・返戻通知書(様式3-4)【国保】【後期】	
④	<input type="checkbox"/>	増減点連絡書、返戻内訳書、突合点検結果連絡書	
⑤	<input type="checkbox"/>	再審査結果通知書(様式3-5)【国保】【後期】	
⑥	<input type="checkbox"/>	過誤調整結果通知書(様式1-3)【国保】【後期】【公費】	
⑦	<input type="checkbox"/>	資格確認結果連絡書【原審査】【再審査】	
⑧	<input type="checkbox"/>	医療費助成支払額決定通知書(様式1)	
⑨	<input type="checkbox"/>	医療費助成支払額決定通知書内訳書(様式2)	
⑩	<input type="checkbox"/>	医療費助成修正結果・返戻通知書(様式3)	
⑪	<input type="checkbox"/>	医療費助成過誤調整結果通知書(様式4)	

◎記入提出方法

1	右上太枠囲み内をみ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 <input type="checkbox"/> を <input checked="" type="checkbox"/> 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、140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)
※	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公開日の翌々月末までとなりますので御留意ください。(⑧～⑪を除く)

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
-----	--