

平成 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

保険医療機関住所
 保険医療機関名
 開設者氏名 印

診療報酬支払額決定通知書・内訳書再発行依頼書

下記により、診療報酬支払額決定 通知書・内訳書 の再発行を依頼します。

記

保険医療機関コード		
再発行診療月 (審査月)	平成 年 月診療分 (平成 年 月審査分)	
振込金融機関及び支店名		
預金種目及び口座番号	普通預金・当座預金	No.
名 義 人		
再発行の理由		

※ 返信用封筒をご用意ください。