

令和 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
(後期高齢者医療分)

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・令和 年 月診療分 (平成・令和 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。