

|       |    |    |      |
|-------|----|----|------|
| 国保・後期 | 介護 | 障害 | 特定健診 |
|-------|----|----|------|

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(調剤)報酬等支払額決定通知書・内訳書再発行依頼書

下記により、診療(調剤)報酬等支払額決定 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<br>(請求月) | 令和 年 月診療分<br>(令和 年 月請求分) |     |
| 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。