

年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

保険医療機関等コード  
保険医療機関等の  
所在地及び名称  
連絡先電話番号  
開設者氏名

印

## 増減点・返戻通知書等再発行依頼書

下記帳票を再発行していただきたく申請いたします。

※該当箇所に○を付してください。

<input type="checkbox"/>	①増減点・返戻通知書【国保・後期】
<input type="checkbox"/>	②過誤・再審査結果通知書【国保・後期】
<input type="checkbox"/>	③国民健康保険過誤調整結果通知書【国保】
<input type="checkbox"/>	④後期高齢者過誤調整結果通知書（医療機関用）【後期】
<input type="checkbox"/>	⑤公費負担医療過誤調整結果通知書【国保】
<input type="checkbox"/>	⑥公費負担医療過誤調整結果通知書（医療機関用）【後期】

○再発行診療月（請求月）

年 月診療分（ 月請求）から  
年 月診療分（ 月請求）まで

○再発行の理由

※返信用封筒をご用意ください。