

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 (請求月)	令和 年 月診療分 (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。