

【記載例】

再発行依頼書

依頼日 令和 ○年 ○月 ○日

岐阜県国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者）氏名

国保太郎

以下のとおり帳票の再発行を依頼します。

1	医療機関等 コード	2	1	1	0	1	9	9	9	9	9
2	医療機関等 名称	○○クリニック									
3	再発行理由 ※該当箇所に☑を記入	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input checked="" type="checkbox"/> ダウンロード期限切れ <input type="checkbox"/> 医療機関等の廃止のため <input type="checkbox"/> その他（ <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> ・各帳票の見出しの月分を記載してください ・複数月分の場合は余白に記載してください </div>									
4	再発行帳票 ※該当箇所に☑を記入	審査関連通知書 <input checked="" type="checkbox"/> 増減点連絡書 【令和 6年12月請求分】 <input checked="" type="checkbox"/> 返戻内訳書 【令和 6年 ¹¹ / ₁₂ 月請求分】 <input checked="" type="checkbox"/> 過誤調整結果通知書 【令和 7年 1月(発行)分】									
		支払関連通知書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療(調剤)報酬等支払額決定通知書(内訳書等) 【令和 6年11月(診療)分】 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉医療支払額決定通知書(内訳書等) 【令和 6年 9月診療分】～11月診療分 <input checked="" type="checkbox"/> 診療(調剤)報酬等支払額決定通知書(年計)(内訳書) 【令和 5年請求分】									
		その他の帳票 <input type="checkbox"/> () 【令和 年 月分】									
5	受領方法 ※該当箇所に☑を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送：医療機関等所在地(登録住所)へ郵送 ※ <u>留意事項1</u> をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 来訪：連合会への来訪による受領 ※ <u>留意事項2</u> をご確認ください。									
6	担当者氏名	国保 花子									
7	連絡先	(058) 999 - 9999									
8	その他 連絡事項										

<留意事項>

- 再発行帳票を郵送で受領される場合、本依頼書と併せて、保険医療機関の住所等を記入した返送用レターパックを同封してご依頼ください。
- 再発行帳票を来訪して受領される場合、事前にご連絡のうえ、お越しく下さい。
また、施設の身分証、名刺等や免許証などをご提示ください。

【連合会使用欄】

受付	再発行処理	処理確認	発送
年月日	年月日	年月日	年月日
受付者	処理者	確認者	担当者