

平成 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会 御中

診療（調剤）報酬支払額決定通知書の再発行依頼について

下記により、診療（調剤）報酬支払額決定通知書の再発行を依頼します。

記

1. 保険医療機関等のコード及び名称等

コ ー ド _____

名 称 _____ ㊤

所 在 地 〒 _____

開設者氏名 _____

電話番号 _____

2. 再発行する通知書の診療年月

平成 年 月診療分

3. 再発行理由

※送付先が上記の所在地と異なる場合については、送付先を記載ください。
なお、送付先が異なる場合については、連絡をさせていただく場合があります。
あらかじめ、ご了承ください。

※ 本再発行依頼様式と返信用封筒(切手貼付)を同封の上、本会過誤調整係あて送付いただきますようお願いいたします。