

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書等の再発行について

下記のとおり、書類の再発行をお願いします。

記

1 再発行書類（該当する書類に○印を付してください。）

- |                        |   |      |
|------------------------|---|------|
| ・ 診療（調剤）報酬等支払額決定通知書    | 年 | 月診療分 |
| ・ 診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書 | 年 | 月診療分 |
| ・ 増減点・返戻通知書            | 年 | 月診療分 |
| ・ 国民健康保険過誤調整結果通知書      | 年 | 月請求分 |
| ・ 公費負担医療過誤調整結果通知書      | 年 | 月請求分 |
| ・ 後期高齢者過誤調整結果通知書       | 年 | 月請求分 |
| ・ 過誤・再審査結果通知書          | 年 | 月診療分 |
| ・ 社保乳幼児医療返戻内訳書         | 年 | 月診療分 |
| ・ 社保乳幼児診療報酬支払額決定内訳書    | 年 | 月診療分 |
| ・ 社保乳幼児過誤調整結果通知書       | 年 | 月診療分 |

2 再発行の理由

3 保険医療機関等のコード・名称等

保険医療機関等コード

名 称

開設者氏名

⑩