

令和 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

医療機関等  
コード

名称

〒  
住所

開設者氏名

④

下記のとおり、書類の再発行をお願いします。

記

1 再発行の診療年月（「平」または「令」を○で囲み、年月を記載してください）

平・令	年	月診療分	（平・令	年	月振込分）
-----	---	------	------	---	-------

2 再発行書類（再発行依頼欄に○印を付してください。）

項番 ※1	再発行 依頼	書類名称	連合会使用欄
1		診療（調剤）報酬等支払額決定通知書（様式3）	
2		診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書（様式3-2）	
3		国民健康保険過誤調整結果通知書（様式1-3）	
4		公費負担医療過誤調整結果通知書（様式1-3）	
5		後期高齢者過誤調整結果通知書（様式1-3）	
6		過誤・再審査結果通知書（様式3-5）	
7		社保乳幼児診療報酬支払額決定内訳書（様式3-2）	
8		社保乳幼児過誤調整結果通知書（様式1-3）	
9		社保乳幼児医療返戻内訳表	
10		増減点・返戻通知書（様式3-4）	

※ 項番1～9は月の中旬に送付、項番10は月の初旬に送付している書類です。

3 再発行の理由

{ }