

再発行依頼書（支払関係通知）

(1) 再発行を希望する通知書に“○”をし、下線部の空欄に「年月」を記入してください。

☐ 当座口振込通知書 令和 ____ 年 ____ 月 支払分（から令和 ____ 年 ____ 月 支払分まで）

※ 毎月中旬に送付している、送付月における本会からの支払額を記載した通知書

※ 診療月ではなく「支払月」（“診療月＋2”月）で記載してください。

※ 複数月分の再発行を希望する場合は、対象の月分がわかるよう記載してください。

☐ 診療報酬合計書 令和 ____ 年分

※ 年に1回（2月）に送付している、年間の診療点数を記載した通知書

(2) 医療機関等の情報を以下の枠内に全て記入してください。

① 医療機関（薬局）コード

② 医療機関（薬局）名称

③ 担当者氏名

④ 電話番号

(3) 以下の再発行方法について確認のうえ、それぞれの記載に従って提出等してください。

① 郵送による再発行を希望される場合

⇒ 医療機関等の住所・宛名を記載した返送用封筒（切手貼付）と併せて送付してください。

※ 原則、本会に登録されている医療機関等所在地への送付となります。

※ 依頼書到達から約1～2営業日後を目途に発送します。

（例年、1月と2月は依頼件数が多いため発送に時間を要しますので、ご了承ください。）

② 直接来会して通知書再発行分の受け取りを希望される場合

⇒ 追加の確認書類等が必要となるとともに、来会の場合は事前の来会予約が必要です。

来会前に必ず電話連絡（TEL：06-6949-5335）をお願いします。

なお、必要書類等の確認ができなかった場合は、来会時の再発行対応はできかねます。