

記載例

オンライン請求システム上での掲載期間内の通知書については、同システムからダウンロードしていただくをお願いします。

令和 ○年 ○月 ○日

(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 7 年 10 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

1 2 - 3 4 5 6 7

② 医療機関（薬局）名称

国保医院

③ 担当者氏名

〇〇

④ 電話番号

〇〇 - × × × × - △△△△

担当者と連絡がつく電話番号を記入してください。

(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必要相当額の切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

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。