

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ようお願いします。

令和〇年〇月〇日

(1) 再発行を希望する通知書に“〇”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

12-34567

② 医療機関(薬局)名称

国保医院

③ 担当者氏名

○○

④ 電話番号

○○-××××-△△△△

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

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。