

記載例

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 御中

診療報酬合計書の再発行依頼

再発行を希望する年を
記入してください。

平成 4 年分 診療報酬合計書を再発行願います

再発行を希望する理由を
記入してください。
例) 紛失、未着など

再発行の理由

〇〇のため

保険医療機関(保険薬局)コード

1 2 - 3 4 5 6 7

保険医療機関(保険薬局)名

国保医院

保険医療機関(保険薬局)住所 〒〇〇〇-△△△△

〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

開設者名

国保 太郎



連絡先

〇〇-××××-△△△△ (担当〇〇)

※切手の金額は必要相応額を送付してください。
返信用の切手を必ず同封してください！

- * 返信用切手を同封のうえ申し出願います。(封筒は本会で用意いたします。)
なお、電話又はファクシミリによる支払金額等の照会、再発行依頼並びに会計事務所等の代理の方からの申し出については、個人情報保護のため応じかねますのでご了承ください。

- * **送付先**
〒540-0028
大阪市中央区常盤町1-3-8
中央大通FNビル内
大阪府国民健康保険団体連合会 業務管理課 宛

保険医療機関届の届出者欄の印鑑を押印
してください。

- ※印鑑不明の場合は複数押印いただいても構いません。
- ※押印が無いと再発行できません。
- ※法人の場合は法人印を押印してください。

ご不明点があれば担当までご連絡ください。

【担当】 管理部 業務管理課 第1係
電話 06-6949-5335