

## 診療報酬等決定振込通知書再発行依頼書

令和 年 月 日

担当者：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

【保険医療機関等コード】

\_\_\_\_\_

【保険医療機関等名称】

\_\_\_\_\_

【保険医療機関等所在地】

\_\_\_\_\_

【開設者氏名】

\_\_\_\_\_

【診療年月／振込年月分】

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月診療分 / \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月振込分

【再発行の理由】 紛失 ・ 未ダウンロード ・ PC等不具合

○を付してください \_\_\_\_\_

- ・ 返信用封筒（切手貼付）を同封の上、送付してください。
- ・ 本発行依頼書の到着後、保険医療機関等所在地あてに郵便で発送します。  
なお、代理人の場合は、別途委任状（印鑑証明書添付）の提出が必要となりますので、本会へご連絡ください。

○ 郵便送付先 〒338-0002

さいたま市中央区大字下落合1704番

埼玉県国民健康保険団体連合会 審査二課支払係 宛

### 【注意事項】

- ・ 個人情報保護の観点から、電話やメール、FAXによる依頼及び金額照会には応じられません。
- ・ なお、1年分を集計した通知書は作成しておりません。
- ・ お問い合わせは、審査二課支払係（048-824-2902）となります。