

令和 年 月 日

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書再発行依頼書

下記により、診療（調剤）報酬等支払額決定通知書の再発行を依頼します。

記

1. 保険医療機関等のコード及び名称

保険医療機関等コード
名 称

2. 保険医療機関等の所在地

3. 保険医療機関等の開設者氏名及び印

開設者氏名 印

4. 再発行の診療（調剤）年月分

令和 年 月診療分 （令和 年 月請求分）

5. 振込先金融機関

金融機関名
支店名
口座番号
預金名義人

6. 再発行の理由