

令和 年 月 日

増減点関連通知書一式等再発行依頼書

下記により、増減点関連通知書一式等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. 再発行の理由

※増減点関連通知書一式等とは

増減点返戻通知書、過誤・再審査結果通知書、過誤調整結果通知書、特別審査関係帳票、資格確認結果連絡書（原審査・再審査）が対象となる。