

国民健康保険診療(調剤)報酬等支払額決定通知書再発行依頼書

依頼送付先: 茨城県国民健康保険団体連合会 / 〒310-0852水戸市笠原町978番26
FAX 029 - 301 - 1577 / TEL 029 - 301 - 1557

医療機関(薬局)コード	08									
保険医療機関(薬局)名称										
診療年月	平成	年	月	診療分						
様式名(番号に を付ける)	1. 診療(調剤)報酬等支払額決定通知書									
	2. 診療(調剤)報酬等支払額決定通知書内訳書									
	3. 医療福祉費支払額決定通知書内訳書									
	4. 国民健康保険過誤調整結果通知書									
保険医療機関(薬局)外への送付	名称								への送付を希望(別紙委任状による)	

上記のとおり発行を依頼いたします。

依頼日 平成 年 月 日

所在地

保険医療機関(薬局)名称

開設者名または管理者名



記載上の注意

全項目ご記入ください。

記載に不備がある場合、通知書等を発行することはできません。

送付先は保険医療機関所在地です。

保険医療機関外への送付を希望される場合は、必ず別紙委任状をご提出ください。

この依頼書は茨城県国民健康保険団体連合会ホームページからダウンロードできます。

(www.ibaraki-kokuhoren.or.jp 保険医療機関等の皆様へ 様式集)

委任状

平成 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会

理事長 殿

委任者 医療機関(薬局)コード

保険医療機関(薬局)名称

住 所

開設者名または管理者名

印

私は下記の者を代理人と定め平成 年 月診療分国民健康保険
診療(調剤)報酬等支払額決定通知書等の受領権限を委任いたします。

記

受任者 郵便番号

住 所

名 称

代表者氏名

電話番号