令和　　年　　月　　日

熊本県国民健康保険団体連合会　御中

**増減点連絡書等の再発行について（依頼）**

このことについて、平成・令和　　　 年　　 月請求分（平成・令和　　　 月診療分）の下記帳票（✔あり）の再発行を依頼します。（※該当の元号を○で囲んでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関(薬局）等番号 |  |
| 所　　在　　地 | 〒　　　 －　 |
| 保険医療機関（薬局）等名称 | 　 |
| 開設者氏名・印 | 印　 |
| 電話番号（担当者名） | 　　　 ―　　　　―　　 　　（　　　　　　　　） |

記

**※再発行を希望される帳票の右側の空欄に✔をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 帳 票 等 名 称 |  |
| 増減点連絡書（電子請求分） | 　 |
| 返戻内訳書（電子請求分） | 　 |
| 増減点・返戻通知書（紙分） | 　 |
| 過誤・再審査結果通知書 | 　 |
| 国保 | 国民健康保険過誤調整結果通知書（区分：過誤・再審査）**＊１** | 　 |
| 公費負担医療過誤調整結果通知書（区分：過誤・再審査）**＊１** | 　 |
| 後期 | 後期高齢者過誤調整結果通知書（区分：過誤・再審査）**＊１** | 　 |
| 公費負担医療過誤調整結果通知書（区分：過誤・再審査）**＊１** | 　 |
| レセプト修正箇所のお知らせ | 　 |
| 受付エラー連絡票 | 　 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）**＊２** |  |

**＊１（区分：過誤・再審査）の別には必ず○をつけてください。**

**＊２「診療報酬支払額決定通知書」は別様式での依頼になりますので、「その他」の欄に記載しないでください。**

**［留意事項］**

１　簡易書留による郵送になりますので、**保険医療機関（薬局）等名称及び住所（あて先）を記載した切手（簡易書留の料金分）貼付済の返信用封筒を必ず同封してください**。**なお、あて先が保険医療機関（薬局）等以外である場合や、封筒が同封されていない場合は送付できません。**

２　電話・ファクシミリ等による再発行依頼には応じられません。

３　オンライン請求を実施されている保険医療機関等への増減点連絡書・返戻内訳書はオンラ

インのCSVデータから再ダウンロード（過去１２か月分）が可能です。