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 | ４３ |
| 所　　在　　地 | 〒　　　　－ |
| 保険医療機関（薬局）等名称 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 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** |  |
| 後期 | 後期高齢者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　再発行の帳票については、次回の増減点発送時に同封いたします。

ただし、お急ぎの場合の送料は医療機関等負担で送付になりますので、**レターパックもしくはその代金分の切手を必ず同封してください**。なお、レターパックプラス（赤）は速達扱いになります。

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。