

平成 年 月 日

熊本県国民健康保険団体連合会 様

診療報酬支払額決定通知書の再発行について（依頼）

このことについて、平成 年 月診療分診療報酬支払額決定通知書の再発行について以下のとおり依頼します。

保険医療機関等 コード	
所在地	
保険医療機関等名	
開設者氏名・印	印
電話番号	
再発行理由	

【留意事項】

- 1 あて先（保険医療機関名・保険薬局等の住所及び名称）を記載した返信用封筒（切手貼付）を必ず同封してください。  
※保険医療機関（保険薬局等）以外には送付できません。
- 2 電話・ファクシミリ等による支払金額の照会、再発行依頼及び会計事務所等、代理の方からの申し出については応じられませんのでご了承願います。

送付先

〒862-0911

熊本市東区健軍2丁目4-10

熊本県国民健康保険団体連合会 支払調整課

TEL096-(365) 0994