

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書の再発行依頼書

令和 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会
審査支払担当課長 様

機関コード

住 所

機 関 名 称

開設者氏名

印

電 話 番 号

再発行の診療年月

令和 年 月分 ～ 令和 年 月分（ヵ月分）

このことについて、次の理由により再発行をお願いします。

（再発行理由記入欄）

--