

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書の発行前の通知依頼書

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

⑩

電 話 番 号

診療年月

令和 年 月分

このことについて、次の理由により発行前の通知をお願いします。

(発行前通知理由記入欄)

--