

「当座口振込通知書」等を紛失したときは？

「当座口振込通知書」「支払調書」を紛失等により、やむを得ず再発行を依頼される場合は、再発行に必要な書類等（下図①、②）を同封の上、支払基金東京支部事業管理課あてお申し出ください。

なお、個人情報保護の観点から、電話又はファクシミリによる支払金額の照会や再発行の依頼には応じられませんのでご了承ください。

再発行に必要な書類等

① 再発行依頼書

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部 宛

再発行依頼書

以下の書類について再発行を依頼します。 担当者： _____
電話番号： _____

1. 再発行を依頼する書類に印を記入の上、依頼年月分等を和暦で記入してください。

<input type="checkbox"/>	当座口振込通知書 <small>診療報酬支払基金からの振込を記載</small>	診療（依頼）年月	年	月	診療分
<input type="checkbox"/>	支払調書	振込年月	年	月	振込
<input type="checkbox"/>		診療（依頼）年	年		年分

2. 医療機関等情報を記入してください。

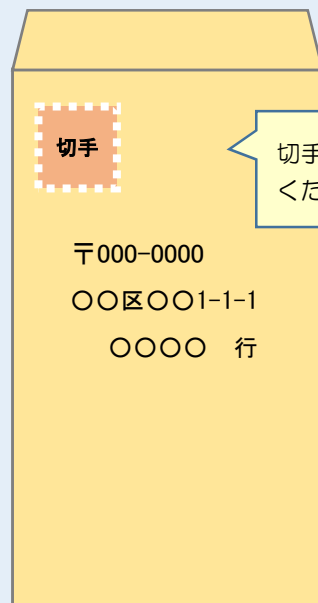
点検区分 依頼する項目に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 助産	医療従事者種別等 コ ー 下
保険医療機関等 名		
保険医療機関等 所在地		
開設者氏名・印		印
再発行理由		
依頼者氏名・印		印
依頼者送付先		

3. 宛先を記載した**返信用封筒（切手貼付）を必ず同封**してください。

【留意事項】
1 個人情報保護のため、電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については**応じられません**のでご了承ください。
2 **会計事務所等の代理人が依頼される場合は、開設者の責任及び対応を厳格に履行する義務を負うものとさせていただきます。**
3 本封筒については、保険医療機関等所在地の支払基金支部までお申し込みください。
4 開設者からの依頼については、保険医療機関等所在地への送付となります。

必要事項をご記入
ください

② 返信用封筒（切手貼付）



◎ 「再発行依頼書」の用紙は、[こちらをクリック](#) 

問合せ先	直通番号		
事業管理課第5係	03-6849-6838	03-6849-6837	03-6849-6836