

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金富山支部 御中

当座口振込通知書再発行依頼書

当座口振込通知書の再発行について、次のとおり依頼します。

保険医療機関 (保険薬局等)コード							
保険医療機関 (保険薬局等)名称							
保険医療機関 (保険薬局等)所在地							
開設者氏名・印							
再発行の 診療(調剤等) 年月(振込年月)	(診療年月)			(振込年月)			
	年	月		年	月		
再発行理由							

【留意事項】

- この「当座口振込通知書再発行依頼書」をプリントして、必要事項を記載し、お申し出ください。
- あて先(保険医療機関・保険薬局等の住所および名称)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。
- 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、再発行依頼及び会計事務所等の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。
- お問合せについては、保険医療機関(保険薬局等)所在地の支払基金支部までお願いします。