

社会保険診療報酬支払基金 山口支部 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	
再 発 行 を 依 頼 す る 診 療 (調 剤 等) 年 月 及 び 振 込 年 月	診 療 (調 剤 等) 年 月 年 月 分 ----- 振 込 が さ れ た 年 月 年 月
再 発 行 を 依 頼 す る 理 由	

【記載要領】

- 「保険医療機関（保険薬局等）コード」欄
7桁のコードを記入してください。
- 「開設者」欄
保険医療機関（保険薬局等）の開設者氏名を記入してください。
なお、法人の場合は、代表者名まで記入してください。
- 「再発行を依頼する診療（調剤等）年月及び振込年月」欄
再発行を依頼する診療（調剤等）年月及び振込がされた年月の両方を記入してください。

【留意事項】

- 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。