

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金愛媛支部 御中

当座口振込通知書（写）早期送付 依頼書

当座口振込通知書（写）の早期送付について、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	⑩
診療（調剤等）年月 （振込年月）	（ 年 月診療分 年 月振込分 ）
理 由	

【留意事項】

- 1 あて先（保険医療機関・保険薬局等の住所及び名称）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。
 - * 開設者が市長等である場合は、依頼により市役所等の担当者へ送付いたします。
- 2 個人情報保護のため、電話等による支払金額の照会、通知書（写）早期送付・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、ご了承ください。
- 3 お問合せについては、支払基金愛媛支部 管理課までお願いします。

☎ 089-923-3800