令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　宛

**再　発　行　依　頼　書**

以下の帳票について再発行を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者： |  |
| 電話番号： |  |

１．再発行を依頼する帳票に✔印を記入の上、依頼年月分等を和暦で記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 当座口振込通知書  ※診療年月及び振込年月を記載 | 診療（調剤）年月 |  | 年 |  | 月診療分 | |
| 振込年月 |  | 年 |  | 月振込 | |
|  | 支払調書 | 診療（調剤）年 |  | | | | 年分 |

２．医療機関等情報を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 点数表区分  （該当する項目に✔） | 医科　　歯科  調剤　　訪問  健診　　助産所 | 保険医療機関等  コード |  | |
| 保険医療機関等  名称 |  | | | |
| 保険医療機関等  所在地 |  | | | |
| 開設者氏名 |  | | |  |
| 再発行理由 |  | | | |
| 依頼者氏名 |  | | |  |
| 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**のでご了承願います。

２　**会計事務所等の代理人が依頼される場合は、開設者の委任状及び印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）が必要です。**

３　お問合せについては、保険医療機関等が所在する都道府県の審査委員会事務局までお願いします。

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。

**当座口振込通知書及び支払調書の再発行依頼書について**

　保険医療機関等が再発行を依頼する場合においては、保険医療機関等の重要な情報の漏洩を防ぎ適正な処理を行うこと及び迅速に再発行の依頼を受理するために、別添の記載例及び下記留意事項を確認の上、保険医療機関等が所在する都道府県の審査委員会事務局へ郵送願います。

　なお、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**のでご了承願います。

記

**１　開設者が再発行を依頼する場合**

　⑴　原則、保険医療機関等届において登録されている保険医療機関等所在地への送付となります。

　⑵　開設者と担当者（事務手続者）が異なる場合は、記載されている電話番号に連絡の上、開設者と担当者（事務手続者）の関係性を確認させていただくことがございます。

**２　会計事務所等の代理人が再発行を依頼する場合**

⑴　再発行依頼書のほか、「委任状」（支払基金ホームページの様式集に掲載）に必要事項を記入の上、提出してください。

　⑵　委任状の「委任者」欄については、実印を押印の上、印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）を提出してください。

　⑶　委任状の「受任者」欄に記載の住所と、再発行依頼書の「依頼者送付先」が異なる場合においては、代理人と送付先の関係性がわかる身分証明書等（運転免許証の写し、名刺等）を提出してください。

　⑷　保険医療機関等届において登録させていただいている保険医療機関等の電話番号に、開設者と依頼者の関係性を確認させていただくことがございます。

**支払調書に係る留意点**

・支払調書は、各保険医療機関等に**毎年2月の支払日の翌日にオンライン請求システムで配信（電子媒体又は紙レセプトで請求されている保険医療機関等は2月25日頃に発送）**します。

・早期（上記配信日等の前）の提供は、お受けいたしかねます。

・お問い合わせは、保険医療機関等が所在する都道府県の審査委員会事務局となります。

　上記について、ご留意いただきますようお願いいたします。