

# 記載例

令和2年1月6日

社会保険診療報酬支払基金 東京 支部 宛

## 再発行依頼書

再発行を依頼する診療（調剤等）年月及び振込年月の両方を和暦で記入してください。  
なお、複数月の再発行を依頼する場合は、適宜記入願います。

再発行依頼に係る担当者  
と電話番号を記入してください。

担当者： 支払 花子  
電話番号： 03-●●●●-●●●●

<input checked="" type="checkbox"/>	当座口振込通知書 <small>※診療年月及び振込年月を記載</small>	診療（調剤）年月	平成31	年	4	月診療分
		振込年月	令和元	年	6	月振込
<input type="checkbox"/>	支払調書	診療（調剤）年				

、依頼年月分等を和暦で記入してください。

### 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✓)	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 助産所	保険医療機関等 コード
保険医療機関等 名称	〇〇医院	
保険医療機関等 所在地	〒999-1234 東京都港区新橋 2-1-3	
開設者氏名・印	基金 太郎	
再発行理由	当座口振込通知書を紛失したため	
依頼者氏名・印	支払 花子	⑨
依頼者送付先	〒123-9999 神奈川県横浜市中区山下町 34	

保険医療機関等コード（7桁）を記入してください。

保険医療機関等の開設者（法人の場合は、法人名及び代表者名）を記入してください。

### 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】

- 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。
- 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。
- お問合せについては、保険医療機関等所在地の支払基金支部までお願いします。
- 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。