　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　御中

**増　減　点　連　絡　書　等　再　作　成　依　頼　書**

次のとおり増減点連絡書等の再作成を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点数表区分 | 1:医科　　3:歯科　　4:調剤　　6:訪問 | |
|
| 医療機関等（薬局）  番号 |  | |
| 医療機関（薬局）  名称 |  | |
| 所在地 | 〒　　　- | |
| 開設者氏名 |  | |
| 連絡先電話番号 |  | |
| 担当者氏名 |  | |
| 再発行依頼  診療（調剤）年月 | 年　　　月診療分 ～ 　　　年　　　月診療分まで  ※期間によって対応できない場合があります。 | |
| 再作成依頼  内容 | 増減点連絡書  返戻内訳書  再審査等支払調整額通知票  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 必要理由 | 厚生局監査の事前準備に必要なため  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ※基金使用欄 | ※マスタ確認者 | ※送付帳票確認者 |
| ※ | ※ |

【留意事項】

１　お問合わせについては、医療機関等所在地の支払基金までお願いします。

２　開設者と担当者が異なる場合は、届け出ている電話番号に連絡の上、開設者と担当者の関係性を確認させていただくことがございます。

３　「※基金使用欄」は記載しないでください。