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。