

記載例

令和7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	0000000 保険医療機関等コード(7桁)を記入してください。
医療機関(薬局)名称	●●医院
所在地	〒999-1234 東京都●区●●●0-0-0
開設者氏名	基金 太郎 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。
連絡先電話番号	03-●●●●-●●●●
担当者氏名	支払 花子 再発行依頼に係る担当者を記入してください。
再発行依頼診療(調剤)年月	令和6年4月診療分～令和6年6月診療分まで <small>※期間によって対応できない場合があります。</small>
再作成依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> 増減点連絡書 <input type="checkbox"/> 返戻内訳書 <input type="checkbox"/> 再審査等支払調整額通知票 <input type="checkbox"/> その他() 再発行を依頼する診療(調剤等)年月を和暦で記入してください。
必要理由	<input type="checkbox"/> 厚生局監査の事前準備に必要なため <input checked="" type="checkbox"/> その他(増減点連絡書を紛失したため)
※基金使用欄	※マスタ確認者 ※送付帳票確認者 ※ ※

【留意事項】

- 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。
- 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。
- 「※基金使用欄」は記載しないでください。