

## 審査結果帳票等（写）の発行願

年 月 日

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

住 所  
保険医療機関等名  
医療機関等コード  
開 設 者 名

審査結果帳票の写しを次により発行してください。  
なお、発行にあたり何らかの紛議が生じても一切の責務を問いません。

### 国民健康保険

- 増減点・返戻通知書
- 再審査結果通知書
- 国民健康保険過誤調整結果通知書（過誤・再審査）

### 後期高齢者医療

- 増減点・返戻通知書
- 再審査結果通知書
- 後期高齢者過誤調整結果通知書（過誤・再審査）

1 必要とする月 年 月 審査分  
年 月 日 作成分

2 理由

[ ]

切手を貼った返信用封筒を同封し、本会へ郵送してください。

(住所) 〒730-8503 広島市中区東白島町 19 番 49 号

広島県国民健康保険団体連合会

審査結果帳票等 (写) の発行願 《記入例》

年 月 日

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

医療機関コードは7ケタで記入し、1機関ごとに1枚提出してください。

住 所 ○○市○○町1-1-1  
保険医療機関等名 △△医院  
医療機関等コード 12-3.456.7  
開 設 者 名 広島 国保

審査結果帳票の写しを次により発行してください。

なお、発行にあたり何らかの紛議が生じても一切の責務を問いません。

必要な通知書をチェックしてください。

国民健康保険

- 増減点・返戻通知書
- 再審査結果通知書
- 国民健康保険過誤調整結果通知書 (過誤・再審査)

後期高齢者医療

- 増減点・返戻通知書
- 再審査結果通知書
- 後期高齢者過誤調整結果通知書 (過誤・再審査)

複数月が必要な場合は、【理由】欄に必要とする月を追加記入してください。

1 必要とする月 令和 元年 5月審査分  
令和 年 月 日作成分

2 理由

・紛失のため