

診療報酬等支払通知書（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

医療機関コード

開設者名

診療報酬等支払通知書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。

- 国民健康保険診療報酬等支払通知書
- 後期高齢者医療診療報酬等支払通知書
- 出産育児一時金等支払額通知書（正常分娩分）

1 必要とする月 年 月振込分（ 月診療分）

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

診療報酬等支払通知書 (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

医療機関コード 12-3.456.7

開設者名 広島 国保

必要な通知書
をチェックし
てください。

診療報酬等支払通知書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。

- 国民健康保険診療報酬等支払通知書
- 後期高齢者医療診療報酬等支払通知書
- 出産育児一時金等支払額通知書 (正常分娩分)

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 6 月振込分 (5 月診療分)

2 理由

・紛失のため。