

記載例

重要性分類Ⅱ

令和 8 年 10 月 1 日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 宛

再発行を依頼する診療(調剤等)
年月及び振込年月の両方を和暦
で記入してください。
なお、複数月の再発行を依頼す
る場合は、適宜記入願います。

再 発 行 依 頼 書

願います。

担 当 者 : 機構 花子
電 話 番 号 : 03-0000-0000

再発行依頼に係る担当者と電
話番号を記入してください。

1. 再発行を依頼する帳票に✓印を記入の上、依頼年月分等を和暦で記入してください。

☒	当座口振込通知書 ※診療年月及び振込年月を記載	診療(調剤)年月	令和8	年	4	月診療分
		振込年月	令和8	年	6	月振込
☐	支払調書	診療(調剤)年				

保険医療機関等コード(7桁)
を記入してください。

2. 医療機関等情報を記入してください。

点数表区分 (該当する項目に✓)	☒ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 訪問 ☐ 健診 ☐ 助産所	保 険 医 療 機 関 等 コ ー ド	1234567
保 険 医 療 機 関 等 名 称	〇〇医院		
保 険 医 療 機 関 等 所 在 地	〒123-4567 東京都江東区豊洲〇-〇-〇		
開 設 者 氏 名	機構 太郎		
再 発 行 理 由	当座口振込通知書を紛失したため		
依 頼 者 氏 名	機構 花子		
依 頼 者 送 付 先	〒987-6543 東京都港区新橋〇-〇-〇		

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。

会計事務所等の代理人が依頼
されている場合のみを記入し
てください。

3. 宛先を記載した返信用封筒(切手貼付)を必ず同封してください。

【留意事項】

- 個人情報保護のため、電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については応じられませんのでご了承ください。
- 会計事務所等の代理人が依頼される場合は、開設者の委任状及び印鑑登録証明書(発行から3か月以内の原本)が必要です。
- お問合せについては、保険医療機関等所在地の基盤機構(審査事務センター又は審査委員会事務局)までお願いします。
- 開設者からの依頼については、原則、保険医療機関等所在地への送付となります。

当座口振込通知書及び支払調書の再発行依頼書について

保険医療機関等が再発行を依頼する場合においては、保険医療機関等の重要な情報の漏洩を防ぎ適正な処理を行うこと及び迅速に再発行の依頼を受理するために、別添の記載例及び下記留意事項を確認の上、保険医療機関等所在地の基盤機構（審査事務センター又は審査委員会事務局）へ郵送願います。

なお、個人情報保護のため、電話・ファクシミリによる支払金額の照会、再発行依頼については応じられませんのでご了承願います。

記

1 開設者が再発行を依頼する場合

- (1) 原則、保険医療機関等届において登録されている保険医療機関等所在地への送付となります。
- (2) 開設者と担当者（事務手続者）が異なる場合は、記載されている電話番号に連絡の上、開設者と担当者（事務手続者）の関係性を確認させていただくことがございます。

2 会計事務所等の代理人が再発行を依頼する場合

- (1) 再発行依頼書のほか、「委任状」（基盤機構ホームページの様式集に掲載）に必要事項を記入の上、提出してください。
- (2) 委任状の「委任者」欄については、実印を押印の上、印鑑登録証明書（発行から3か月以内の原本）を提出してください。
- (3) 委任状の「受任者」欄に記載の住所と、再発行依頼書の「依頼者送付先」が異なる場合においては、代理人と送付先の関係性がわかる身分証明書等（運転免許証の写し、名刺等）を提出してください。
- (4) 保険医療機関等届において登録させていただいている保険医療機関等の電話番号に、開設者と依頼者の関係性を確認させていただくことがございます。

支払調書に係る留意点

- ・支払調書は、各保険医療機関等に毎年2月25日頃送付します。
- ・原則、早期作成及び送付は、お受けいたしかねます。
- ・お問合せは、保険医療機関等所在地の基盤機構（審査事務センター又は審査委員会事務局）となります。

上記について、ご留意いただきますようお願いいたします。