記載例

年　　月　　日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構　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
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	機構　太郎
連絡先電話番号	03－●●●●－●●●●
担当者氏名	支払　花子
再発行依頼診療（調剤）年月	令和８年　10 月診療分　～令和８年　12 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（　増減点連絡書を紛失したため　　）

※機構使用欄	※マスタ確認者	※送付帳票確認者
	※	※

保険医療機関等コード（7桁）を記入してください

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。

再発行依頼に係る担当者を記入してください。

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。

【留意事項】

1　お問合わせについては、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。

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　「※機構使用欄」は記載しないでください。