

# 依頼書

締切日：令和6年1月31日（水）  
午後5時まで

依頼日	令和                      年                      月                      日
機関コード	
機関名	
担当者名	
連絡先	TEL
送付先住所	〒
送付先宛名	

以下の帳票を依頼します。

【国保分】	診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書 令和5年2月請求分（1月診療分） - 令和6年1月請求分（12月診療分）
【後期高齢者医療分】	診療（調剤）報酬等支払額決定通知書内訳書 （令和5年請求分）

## 注意

- 1：集計月は令和5年2月請求分（1月診療分）から令和6年1月請求分（12月診療分）です。
- 2：締切期日までに依頼書を送っていただいた場合の送付時期は2月中旬以降（令和6年2月15日発送予定）となります。締切日を過ぎると送付時期に遅れが生じる場合がありますのでご注意ください。

徳島県国民健康保険団体連合会  
担当：総務課会計係  
電話番号：088-666-0111  
ファクシミリ：088-666-0116

---

## 連合会記載欄

受取日		送付日	
-----	--	-----	--