

特定健診・特定保健指導等に係る支払関連帳票再発行依頼書

熊本県国民健康保険団体連合会 御中

実施機関番号	
実施機関名	
依頼書作成年月日	
担当者	
電話番号	

下記の特定健診・特定保健指導（後期高齢者に係る健診を含む。）に係る支払関連帳票の再発行をお願いします。

記

No.	支払年月	再発行依頼帳票※
1	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
2	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
3	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
4	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
5	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
6	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
7	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
8	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
9	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書
10	年 月 支払分	支払額通知書 ・ 支払額内訳書

※再発行を希望する帳票名に○をつけてください。

【留意事項】

- 1 宛先（健診等機関名の住所及び名称）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。

※健診等機関以外には送付できません。

- 2 電話・ファクシミリ等による再発行依頼には応じられませんので、御了承願います。