令和　　年　　月　　日

熊本県国民健康保険団体連合会　御中

**風しん対策事業に係る帳票の再発行について（依頼）**

このことについて、令和　　 年　　 月請求分の下記帳票（✔あり）の再発行を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関・健診機関等番号（10桁の番号を記載） |  |
| 所　　在　　地 | 〒　　　 －　 |
| 保険医療機関・健診機関等名称 | 　 |
| 開設者氏名・印 | 印　 |
| 電話番号（担当者名） | 　　　 ―　　　　―　　 　　（　　　　　　　　） |

記

**※再発行を希望される帳票の右側の空欄に✔をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 帳 票 等 名 称 |  |
| 風しん対策抗体検査・予防接種　返戻通知書 | 　 |
| 風しん対策抗体検査・予防接種　支払額通知書 | 　 |

**［留意事項］**

１　簡易書留による郵送になりますので、**保険医療機関・健診機関等名称及び住所（あて先）を記載した切手（簡易書留の料金分）貼付済の返信用封筒を必ず同封してください**。

**なお、あて先が保険医療機関・健診機関等以外である場合や、封筒が同封されていない場合は送付できません。**

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。