

後期高齢者歯科口腔健康診査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	

下記の後期高齢者歯科口腔健診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。