

記載例

令和〇年〇月〇日

大阪府国民健康保険団体連合会 御中

再発行を希望する月の診療月と
支払月を記入してください。
※通常、診療月の2ヵ月後が振込月となります。
※複数月の再発行を希望される際は、その月分を
余白に記入してください。

当座口振込通知書の再発行依頼

平成5年2月診療分(令和5年4月振込分)の当座口振込通知
書を再発行願います。

再発行を希望する理由を
記入してください。
例) 紛失、未着など

再発行の理由

〇〇のため

※切手の金額は必要相応額を送付してください！
返信用の切手を必ず同封ください！

保険医療機関(保険薬局)コード

1 2 - 3 4 5 6 7

保険医療機関(保険薬局)名

国保医院

保険医療機関(保険薬局)住所 〒〇〇〇-△△△△

〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

開設者名

国保 太郎



連絡先

〇〇-××××-△△△△ (担当〇〇)

- * 返信用切手を同封のうえ申し出願います。(封筒は本会で用意いたします。)
なお、電話又はファクシミリによる支払金額等の照会、再発行依頼並びに
会計事務所等の代理の方からの申し出については、個人情報保護のため応じ
かねますのでご了承願います。

- * 送付先
〒540-0028
大阪府中央区常盤町1-3-8
中央大通FNビル内
大阪府国民健康保険団体連合会 業務管理課 宛

保険医療機関届の届出者欄の印鑑を押印
してください。
※印鑑不明の場合は複数押印いただいても構いません。
※押印が無いと再発行できません。
※法人の場合は法人印を押印してください。

ご不明点があれば担当までご連絡ください。

【担当】 管理部 業務管理課 第1係
電話 06-6949-5335