

通知書等再発行依頼書

介護保険	
障害福祉	

} 該当するものに○をしてください。

大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 御中

事業所番号										
事業所名称										
連絡先電話番号										
担当者名										

届出印 (法人印)

必要な通知書の内容	
受付年月	
通知書の名称	

必ず届出された法人印を押印してください。

返信用封筒に切手を貼付し、この依頼書と併せて郵送してください。