

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 御中

支払額通知書再発行依頼

令和 年 月受付分（令和 年 月振込分）の特定健診等費用に係る支払額通知書を再発行願います。

健診等機関番号：

健診等機関名称：

担当者氏名：

電話番号：

*以下の再発行方法について確認のうえ、それぞれの記載に従って提出等してください。

① 郵送による再発行を希望される場合

⇒ 健診等実施機関の住所・宛名を記載した返送用封筒（切手貼付）と併せて送付してください。

※ 本会に登録されている健診等実施機関所在地への送付となります。

※ 依頼書到達から約1～2営業日後を目途に発送します。

② 直接来会して通知書再発行分の受け取りを希望される場合

⇒ 追加の確認書類等が必要となるとともに、来会の場合は事前の来会予約が必要です。

来会前に必ず電話連絡（TEL：06-6949-5325）をお願いします。

なお、必要書類等の確認ができなかった場合は、来会時の再発行対応はできかねます。

【担当】管理部 業務管理課 特定健診係

電話06-6949-5325