

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 御中

支払額通知書の再発行依頼

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。

再発行の理由： _____

健診等機関番号： _____

健診等機関名称： _____

〒

住所： _____

開設者名： _____ ⑩

*必ず開設者印（法人の場合は法人印）を押印願います。

- * 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。

【担当】 管理部 業務管理課 特定健診係
電話 06-6949-5325