

令和 年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会 御中

当座口振込通知書の再発行依頼

平成 年 月診療分（平成 年 月振込分）の当座口振込通知書の再発行願います。

再発行の理由

保険医療機関(保険薬局)コード

保険医療機関(保険薬局)名

〒

住所

開設者名

⑩

*必ず開設者印を押印願います。

- * 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 第1係
電話 06-6949-5335