

年 月 日

岩手県国保連合会 管理係 御中

保険医療機関コード	
保険医療機関名称	
開設者氏名	印
保険医療機関郵便番号及び住所	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

風しん対策事業に係る支払額通知書等の再発行について【依頼】

下記帳票について再発行を依頼いたします。

記

請求年月	令和 年 月 請求分		
項番	チェック欄	帳票名称	連合会使用欄
①	<input type="checkbox"/>	風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書(様式三)	
②	<input type="checkbox"/>	風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額内訳書(様式三-二)	
③	<input type="checkbox"/>	風しん対策抗体検査・予防接種費 返戻通知書(様式三-四)	
④	<input type="checkbox"/>	風しん対策抗体検査・予防接種費 調整結果通知書(様式一-三)	

◎記入提出方法

1	右上太枠囲み内をもれなく記入、捺印願います。
2	請求年月欄に、再発行を求める帳票の請求年月を記入願います。 複数月分にかかる依頼の場合は、請求年月ごとに本書を作成してください。 請求年月が不明の場合は係までお問い合わせください。
3	チェック欄は再発行を求める帳票のみ <input type="checkbox"/> を <input checked="" type="checkbox"/> としてください。
4	再発行(返送)用として、定型封筒へ郵便番号、住所、宛名を御記入いただき、84円切手を同封してください。再発行する枚数や複数月の場合、差額分の郵送代を請求させていただきますので、予め御了承願います。
5	作成した本書を上記4とともに下記まで提出願います。(※FAX不可)

送付先	〒020-0025 盛岡市大沢川原3-7-30 岩手県国保連合会 管理係 あて Tel 019-623-0951
-----	--