

令和 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者 住所

氏名 印

支払額通知書・内訳書再発行依頼書  
(特定健診等費用分)

下記により、支払額 通知書・内訳書・その他 の再発行を依頼します。

記

健診等機関番号		
再発行受付月	平成・令和 年 月受付分	
振込金融機関及び支店名		
預金種目及び口座番号	普通預金・当座預金	No.
名義人		
再発行の理由		

※ 返信用封筒をご用意ください。