

配信期間が終了した当座口振込通知書・年間支払調書の再発行手続きについて

オンライン請求を行う医療機関等の皆様につきましては、当座口振込通知書・年間支払調書をオンライン請求システムにて配信していますが、オンライン帳票の**ダウンロード可能期間は配信日の翌々月の月末まで**となっています。

ダウンロード可能期間が過ぎた当座口振込通知書・年間支払調書については再発行手続きが必要となりますので、以下の再発行手続き方法等をご参照ください。

■配信日

当座口振込通知書は毎月14日、年間支払調書は毎年2月のみ配信

■配信期間例

- ・10月支払分の当座口振込通知書の場合：10月14日から12月末日までダウンロード可/1月1日よりダウンロード不可
- ・令和6年分の年間支払調書の場合：令和7年2月14日から4月末日までダウンロード可/5月1日よりダウンロード不可

■再発行手続き方法

下記の必要書類2点を郵送にてご提出下さい。再発行する帳票は紙での提供となります。

☐ 当座口振込通知書・年間支払調書 再発行願

本PDFの2ページの様式を印刷し、必要事項を記入して下さい。

☐ 返信用封筒

返送先住所（貴院住所）・宛名を記入し、切手を貼付して下さい。

※切手代参考

再発行する帳票数	9枚以下	10枚～19枚以下
普通郵便切手代	110円 (返信用封筒の大きさが定形郵便の場合)	180円 (返信用封筒の大きさが定形外郵便規格内の場合)

■再発行願の提出先・問い合わせ先

☐ 再発行願提出先住所

〒600-8411
京都市下京区烏丸通四条下水銀屋町620番地COCON烏丸内
京都府国民健康保険団体連合会 財務課財務係 宛

☐ 問い合わせ先（再発行について）

財務課財務係 TEL 075-354-9013

■その他（よくあるご質問）

Q. 再発行願の記入方法について

A. 本PDFの3ページに記入例があります。ご不明な点は上記問い合わせ先まで連絡下さい。

Q. オンラインでの再発行申請・再配信はできないのか。

A. 現時点ではオンラインでの再発行申請の受付及び再配信は行っておりません。

Q. 再発行手続きを行う場合、どのくらいの時間を要するのか。

A. 普通郵便での手続き（返信用封筒も普通郵便）の場合、1週間程度を要します。
お急ぎの場合は速達やレターパックをご利用下さい。

Q. 開設者以外（税理士事務所等）が申請する場合はどうするのか。

A. 手続き方法の書類に加え、委任状をご提出下さい。本PDFの4ページの様式を印刷し必要事項をご記入下さい。本PDFの5ページに記入例があります。

当座口振込通知書・年間支払調書 再発行願

年 月 日

京都府国民健康保険団体連合会 様

医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護 ・ その他()
(いずれかに○をしてください)

コード番号										
名称										
住所	〒 ー									
連絡先										
開設者氏名										

◎再発行が必要な書類名 (必要なものに○をし、診療月(振込月)を記載してください)

1 当座口振込通知書 年 月診療分 (年 月振込)

2 年間支払調書 年 分

◎再発行の理由

1. 再発行願につきましては切手を貼付された返送用封筒を同封のうえ連合会宛に送付してください。返信封筒の宛名は貴院のご住所を記載してください。
2. 「年 月診療分」には診療月、(年 月振込)には振込月をご記載ください。振込月は診療月の2カ月後の月となります。
※複数月の再発行の場合は余白に記載いただくか、記入欄に詰めて記載して下さい。
3. 開設者以外での再発行願いにつきましては委任状が必要となります。

再発行願記入例

令和6年10月・11月振込分の当座口振込通知書を再発行申請する場合

当座口振込通知書・年間支払調書 再発行願

2025年 ○月 ○日

京都府国民健康保険団体連合会 様

以下いずれかの数字をご記入下さい

医科:1 歯科:3 調剤:4 訪問看護:6

医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護 ・

(いずれかに○をしてください)

コード番号	2	6	○	0	1	0	○	○	○	○
名称	○○医院									
住所	〒○○○ - ○○○○ 京都市北区○○町○○番地									
連絡先	075-○○○-○○○○									
開設者氏名	国保 太郎									

◎再発行が必要な書類名 (必要なものに○をし、診療月(振込月)を記載してください)

- 1 当座口振込通知書 令和6年 8 月診療分 (令和6年 10 月振込)
令和6年 9 月診療分 (令和6年 11 月振込)
- 2 年間支払調書 年 分

◎再発行の理由

ダウンロードができないため。

- 再発行願につきましては切手を貼付された返送用封筒を同封のうえ連合会宛に送付してください。返信封筒の宛名は貴院のご住所を記載してください。
- 「年 月診療分」には診療月、(年 月振込)には振込月をご記載ください。振込月は診療月の2カ月後の月となります。
※複数月の再発行の場合は余白に記載いただくか、記入欄に詰めて記載して下さい。
- 開設者以外での再発行願につきましては委任状が必要となります。

委任状

代理人

(住所)

(氏名)

上記の者を代理人と定め、下記事項を委任いたします。

記

☐ 国民健康保険報酬等再発行に関する一切の件

☐ 年間支払調書再発行に関する一切の件

(該当に☑をしてください)

令和 年 月 日

(住所)

(氏名)

印

委任状記入例

税理士事務所の方が〇〇医院の当座口振込通知書を再発行申請する場合

委任状

代理人

(住所) 京都市下京区〇〇町〇〇番地

(氏名) 〇〇税理士事務所 代表〇〇〇〇

上記の者を代理人と定め、下記事項を委任いたします。

記

☒ 国民健康保険報酬等再発行に関する一切の件

☐ 年間支払調書再発行に関する一切の件

(該当に☒をしてください)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(住所) 京都市北区〇〇町〇〇番地

(氏名) 〇〇医院 国保 太郎

