

# 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	〒 —									
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、審査月(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

( )

- 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、記入欄に詰めて記入して下さい。
- 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。