

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

