

特定健康診査(後期高齢者医療健康診査)・特定保健指導

「支払額通知書・支払額内訳書」再発行依頼書

東京都国保連合会 保険者支援担当課 特定健診担当係 宛

健診等機関コード	1	3								
健診等機関名										
健診等機関所在地										
電話番号	()					担当者名				

- 「支払額通知書・支払額内訳書」の再発行を依頼します。

令和 年 月 受付分 ~ 令和 年 月 受付分
再発行帳票(該当する帳票に☑印をつけてください。)
<input type="checkbox"/> 支払額通知書
<input type="checkbox"/> 支払額内訳書
再発行依頼理由(該当番号に○を付してください)
1 紛失のため
2 その他
(理由:)
再発行依頼日
令和 年 月 日
再発行帳票送付先住所
〒 _____
住所 _____
※同封していただくレターパックにも送付先の記載をお願いします。

【留意事項】

- ・本依頼書と併せて、送付先等を記載した返送用のレターパックを同封してください。
同封されない場合、返送することはできません。
複数の受付月分をご依頼の場合はまとめての発送となります。
- ・本依頼書の受付後、10日前後での発送となります。ご了承ください。
- ・電話及びFAXでのご依頼は承りませんのでご注意ください。
- ・当月審査分以降に関しては、翌月の対応となります。

《郵送先》

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋三丁目5番1号 東京区政会館 11階

東京都国民健康保険団体連合会 保険者支援担当課 特定健診担当係 宛