

特定健康診査等支払額通知書再発行依頼書

令和 年 月 日

長崎県国民健康保険団体連合会 御中

下記のとおり、特定健康診査等支払額通知書の再発行を依頼します。

健診機関等コード	
健診機関等名	
開設者氏名	
所在地	
電話番号	
対象健診月	令和 年 月分～令和 年 月分
再発行理由	
内訳書の再発行	希望する ・ 希望しない

【留意事項】

1. 健診機関以外には送付できません。
会計事務所、代理の方からの申し出についても応じられません。
2. 電話、FAX 等による支払金額の照会及び再発行依頼については応じられません。
(本依頼書に必要事項をご記入のうえ、郵送にてご依頼ください)
3. 別途1件あたり200円(消費税別)の発行手数料がかかります。
4. 本依頼は原則支払額通知書(ひと月にA4縦1枚)のみの発行となっております。
内訳書が必要な場合は「内訳書の再発行」の「希望する」を選択してください。
5. 対象健診月によっては再発行が出来ない場合もございます。

【送付先】

〒850-0025

長崎市今博多町8-2

長崎県国民健康保険団体連合会 保険者支援課

TEL (095)826-7301