



## 【記載例】

再発行依頼をした年月日を記入してください。

### ぎふ・さわやか口腔健診関連帳票に関する再発行依頼書

依頼日 令和 ○年 ○月 ○日

岐阜県国民健康保険団体連合会 御中

代表者名

国 保 太 郎

以下のとおり帳票の再発行を依頼します。

1	医療機関 コード	2	1	3	0	1	9	9	9	9	9
2	医療機関 名称	〇〇歯科クリニック									
3	再発行理由 ※該当箇所に☑を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> その他：									
4	再発行帳票 ※該当箇所に☑を記入	<input checked="" type="checkbox"/> ぎふ・さわやか口腔健診支払額通知書【令和 ○年 ○月請求分】 <input checked="" type="checkbox"/> ぎふ・さわやか口腔健診支払額内訳書【令和 ○年 ○月請求分】 <input checked="" type="checkbox"/> ぎふ・さわやか口腔健診返戻通知書【令和 ○年 ○月請求分】									
5	受領方法 ※該当箇所に☑を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送：医療機関所在地(登録住所)へ郵送 ※ <u>留意事項1</u> をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 来訪受領：連合会への来訪による受領 ※ <u>留意事項2</u> をご確認ください。									
6	依頼者氏名	国 保 花 子									
7	連絡先	( 0 5 8 ) 9 9 9 - 9 9 9 9									
8	その他 連絡事項										

国保連合会に請求された年月を記入してください。

#### <留意事項>

1. 郵送での受領を希望される場合、本依頼書と併せて、歯科医療機関の住所等を記入した返送用レターパックを同封してご依頼ください。
2. 直接来訪して受領を希望される場合、事前にご連絡のうえ、本依頼書を持参しお越しください。  
なお、お渡しする際には、歯科医療機関の身分証、名刺等をご確認させていただきます。

#### <郵送先>

〒500-8385 岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号

岐阜県福祉・農業会館5階 岐阜県国民健康保険団体連合会 健康推進課

TEL：(058) 275-9822