

特定健診等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

代表者氏名

以下のとおり帳票の再発行を依頼します。

1	健診等機関（医療機関） 番号	2	1						
2	健診等機関（医療機関） 名称								
3	再発行理由 ※該当箇所に☑を記入	<input 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	特定健診等 <input type="checkbox"/> 支払額通知書 【令和 年 月 受付分】 <input type="checkbox"/> 支払額内訳書 【令和 年 月 受付分】 情報提供事業 <input type="checkbox"/> 支払額通知書 【令和 年 月 受付分】 <input type="checkbox"/> 支払額通知書内訳書 【令和 年 月 受付分】 その他の帳票 <input type="checkbox"/> () 【令和 年 月分】							
5	受領方法 ※該当箇所に☑を記入	<input type="checkbox"/> 郵送：健診等機関（医療機関）住所地へ郵送 ※ <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								
7	連絡先	() -							
8	その他連絡事項								

<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、健診等機関（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ください。なお、お渡しする際には、健診等機関（医療機関）の身分証、名刺等をご確認させていただきます。

【連合会使用欄】

受付	再発行処理	処理確認	発送（提供）
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受付者（印）	処理者（印）	課長（印）	担当者（印）

【記載例】

特定健診等関連帳票に関する再発行依頼書

依頼日 令和 8年 3月 1日

岐阜県国民健康保険団体連合会 御中

代表者氏名

国 保 太 郎

以下のとおり帳票の再発行を依頼します。

1	健診等機関（医療機関） 番号	2	1	1	0	1	9	9	9	9	9
2	健診等機関（医療機関） 名称	〇〇クリニック 例：令和8年2月26日振込の特定健診等の支払額通知書と支払額内訳書の再発行の場合 (受付月の翌月26日(休日の場合は翌営業日)に振込)									
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	特定健診等 <input checked="" type="checkbox"/> 支払額通知書 【令和 8年 1月受付分】 <input checked="" type="checkbox"/> 支払額内訳書 【令和 8年 1月受付分】 情報提供事業 <input type="checkbox"/> 支払額通知書 【令和 年 月受付分】 <input type="checkbox"/> 支払額通知書内訳書 【令和 年 月受付分】 その他の帳票 <input type="checkbox"/> () 【令和 年 月分】									
5	受領方法 ※該当箇所に☑を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送：健診等機関（医療機関）住所地へ郵送 ※ <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										

<留意事項>

- 郵送での受領を希望される場合、本依頼書と併せて、健診等機関（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。
- 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、健診等機関（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) 275-9823