特定健診等関連帳票　再発行願

提出年月日

担当者氏名

連　絡　先

京都府国民健康保険団体連合会　様

健診機関番号										
健診機関名称										
開設者氏名									印	

◎再発行を希望する書類名　（必要なものに〇をし、処理月を記載してください）

1	支払関連帳票一式（支払額通知書・支払内訳書・支払確定者一覧）	月処理分
		（　　月振込）
2	返戻関連帳票一式　（返戻一覧表・受付エラー連絡書）	月処理分

◎再発行の理由

●申請について

切手を貼付した返信用封筒（レターパック可）を同封のうえ、本会宛に送付してください。
電話またはファクシミリによる支払金額等の照会並びに再発行依頼、健診機関所在地以外への送付については、お受けできませんのでご了承願います。

●送付先について

「特定健診請求及び受領に関する届」に記載されている住所宛ての送付となりますのでご了承願います。

特定健診等関連帳票　再発行願

再発行願記入例
元号〇年10月処理分の支払関連帳票一式を再発行申請する場合

提出年月日	**元号〇年〇月〇日**
担当者氏名	**保険　花子**
連絡先	**075-〇〇〇-〇〇〇〇**

京都府国民健康保険団体連合会　様

3桁目は以下いずれかの数字をご記入ください
医科：1　　医科以外の健診・保健指導機関：2

健診機関番号	**2**	**6**	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
健診機関名称	**〇〇会　〇〇〇病院**									
開設者氏名	**国保　太郎**									印 国保

◎再発行を希望する書類名　（必要なものに〇をし、処理月を記載してください）

1	支払関連帳票一式（支払額通知書・支払内訳書・支払確定者一覧）	**元号〇年10**月処理分 （**元号〇年11**月振込）
2	返戻関連帳票一式　（返戻一覧表・受付エラー連絡書）	月処理分

◎再発行の理由

紛失したため

●申請について

切手を貼付した返信用封筒（レターパック可）を同封のうえ、本会宛に送付してください。
電話またはファクシミリによる支払金額等の照会並びに再発行依頼、健診機関所在地以外への送付については、お受けできませんのでご了承願います。

●送付先について

「特定健診請求及び受領に関する届」に記載されている住所宛ての送付となりますのでご了承願います。

■再発行手続き方法

下記の必要書類２点を郵送にてご提出下さい。再発行する帳票は紙での提供となります。

①特定健診等関連帳票　再発行願
本PDFの1ページの様式を印刷し、必要事項を記入して下さい。

②返信用封筒
返送先住所（貴院住所）・宛名を記入し、切手を貼付して下さい。
※切手代参考

再発行する帳票数	9枚以下	10枚～19枚以下
普通郵便切手代	110円 （返信用封筒の大きさが定形郵便の場合）	180円 （返信用封筒の大きさが定形外郵便規格内の場合）

■再発行願の提出先・問い合わせ先

■再発行願提出先住所
〒600－8411
京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地COCON烏丸内
京都府国民健康保険団体連合会　保健事業課企画推進係　宛

■問い合わせ先（再発行について）
保健事業課企画推進係　TEL 075－354－9054

■その他（よくあるご質問）

Q. 再発行願の記入方法について
A. 本PDFの2ページに記入例があります。ご不明な点は上記問い合わせ先まで連絡下さい。

Q. 再発行手続きを行う場合、どのくらいの時間を要するのか。
A. 普通郵便での手続き（返信用封筒も普通郵便）の場合、2週間程度を要します。
　お急ぎの場合は速達やレターパックをご利用下さい。