

年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

保険医療機関コード
保険医療機関所在地
保険医療機関名称
開設者氏名

印

下記の増減点・返戻通知書（国保・後期）を再発行していただきたく申請いたします。

○再発行診療月（請求月）

年 月診療分（ 月請求）から
年 月診療分（ 月請求）まで

○再発行の理由

※返信用封筒をご用意ください。