

年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

保険医療機関等コード
保険医療機関等の
所在地及び名称
連絡先電話番号
開設者氏名

印

増減点・返戻通知書再発行依頼書

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。