

障害福祉サービス費等に係る支払関係帳票の再発行願

年 月 日

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者

住 所

氏 名

事業所番号

事業所名

電話番号

障害福祉サービス費等に係る支払関係帳票を、次により再発行してください。

1 必要とする月 年 月 振込分 ～ 年 月 振込分

2 必要な帳票名

3 再発行方法

伝送 ・ 紙帳票(※)

(※紙帳票をご希望の場合は、返信用の封筒と切手を併せてご提出ください。)

4 理由

5 その他

発行にあたり何らかの紛議が生じても、一切の責務を問いません

(作成上の注意)

・事業所番号ごとに作成してください。