

障害福祉サービス費等の請求に係る返戻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の請求に係る返戻関係帳票を、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。