

特定健診・特定保健指導支払額通知書（写）の発行願

令和 年 月 日

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

住 所	
健診・保健指導 実施機関名	
健診・保健指導 実施機関番号	
開 設 者 名	印

支払額通知書の写しを次により発行してください。
なお、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。

1 必要とする月

令和 年 月末振込分（ 月処理分）

2 理由

--