

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

コロナワクチン接種費等支払額通知書等の再発行について

7桁の機関番号等、
連合会にご登録いた
だいている内容で記
載してください。

医療機関等
番号 5100001
名称 医療法人〇〇会 〇〇クリニック
〒980-0001
住所 仙台市青葉区〇〇1丁目2-3
開設者氏名 国 保 太 郎 印

下記のとおり、書類の再発行をお願いします。

記

連合会に予診票を提出した
年月とワクチン接種費が振
り込まれた年月を記載して
ください。

1 再発行対象年月

令和 3 年 6 月提出分 令和 3 年 8 月振込分)

2 再発行書類（再発行依頼欄に○印を付してください。）

| 項番 | 再発行 依頼 | 書類名称 | 連合会使用欄 |
|----|-----------|----------------------------|--------|
| 1 | | コロナワクチン接種費等 支払額通知書（様式三） | |
| 2 | | コロナワクチン接種費等 支払額内訳書（様式三-二） | |
| 3 | | コロナワクチン接種費等 返戻通知書（様式三-四） | |
| 4 | | コロナワクチン接種費等 調整結果通知書（様式一-三） | |

3 再発行の理由

紛失のため

4 送付先の住所及び宛名（右上の住所等と相違する場合に記載してください。）

住 所 仙台市宮城野区〇〇5丁目6-7

宛 名 国 保 太 郎

本依頼書の右上の住所等と
返送先が相違する場合に記
載してください。

【注】 所要事項を記載し、返送用封筒（返送先住所と宛名を記載し、切手を貼付したもの）を同封のうえ、郵送してください。

なお、切手の料金不足が発生した場合は、不足額については受取人支払いとさせていただきますので、ご了承願います。