

通知書等再発行依頼書

大阪府国民健康保険団体連合会 行

介護保険	<input type="checkbox"/>
障害福祉	<input type="checkbox"/>

 } 該当するものに○をしてください

事業所番号	2	7								
事業所名称										
連絡先電話番号										
担当者名										

必要な通知書の内容	
受付（請求）年月	
通知書の名称	

K S-0003

返信用封筒に切手を貼付し、この依頼書と併せて郵送してください。
※返信用封筒の宛先は、法人または事業所住所を記載してください。