

沖縄県国民健康保険団体連合会  
 介護福祉課 介護福祉係 御中

事業所番号									
事業所名									
事業所住所	〒								
電話番号									
代表者名									印
担当者名									

介護給付費等支払額決定通知書等  
 インターネット仮パスワード } 再発行願

「介護給付費等支払額決定通知書等」「伝送請求仮パスワード」の再発行をお願いいたします。

記

1 再発行種類 (該当する項目にレ点を付けて下さい)

介護給付費等支払額決定通知書       介護職員処遇改善加算給額のお知らせ

・審査年月:                      年                      月

インターネット仮パスワード【事業所】

インターネット仮パスワード【代理人】 代理人 ID (HD47                      )

2 希望受理方法

郵送—送付先住所

住所 (〒                      )

来会—連絡先・TEL (                      )

※来会受理においては、事前に FAX 送信いただき、準備完了後ご連絡させていただきます。

来会の際には、原本の提出をお願いいたします。

インターネットから取得 電子請求システムユーザ ID (                      )

3 再発行事由 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

※提出の前に記載漏れ (☑もれ、再発行事由記載漏れ、代表者名横押印 (法人印) 漏れ等) がないか確認の上ご提出ください。漏れがある場合は受理できませんのでご注意ください。