

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総額のお知らせ

・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 ()※電子請求受付システムへログインできるユーザ ID をご記入ください。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、代表者名横押印漏れ等）がない
かご確認ください。記載漏れがある場合は受理できません。

※再発行については1週間から10日前後お時間をいただきます。

(即時発行は対応できません)