

再発行願

年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 高齢介護係 御中

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

下記のとおり再発行をお願いいたします。

記

1 再発行する種類（該当する項目にを付けてください）

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 ～ 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 希望する取得方法（該当する項目にを付けてください）

紙媒体で取得 （同封するレターパックライトに「宛名」、「住所」を記入ください）

PDF データで取得 （電子請求受付システムへログインできるユーザ ID を記入ください）

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、代表者名の押印漏れ等）がないことをご確認ください。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のでご了承ください）