

平成 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会  
情報・介護課 介護保険係 御中

## 主治医意見書作成料請求書決定通知書等再発行依頼

平成 年 月 審査分について再発行願い申し上げます。

### 1. 事由

---

---

---

---

### 2. 希望受理方法

郵送－送付先住所  
〒 ( )  
住所 ( )

来会－連絡先・Tel ( )

※尚 (来会受理において) は、準備完了後のご連絡とさせていただきます。

事業所番号

事業所名

代表者名

担当者名

印  
印