

年 月 日

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

## 主治医意見書作成料請求書決定通知書等再発行依頼

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 ( )

※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

事業所番号

事業所名

代表者名

担当者名

印  
印