

FAX : 098-867-6794

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

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。

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