再 発 行 願 い

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　　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	印
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

※介護給付費等支払額決定通知書と介護職員処遇改善加算総額のお知らせに限ります。

3　再 発 行 事 由　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿