

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－（※）

（※）郵送を選択された場合、郵送料は依頼人負担となります。

本用紙と返送用レターパック（ライト含む）を本会あてご提出ください。

返送用レターパックに返送先住所、事業所名を明記のうえご提出をお願いします。

提出先 〒900-8559 那覇市西3丁目14番18号 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課あて

☐ 来会－連絡先・TEL（ ）

※来会受理においては、事前に FAX 送信（送信先 FAX 番号：098-867-6794）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、再発行依頼の原本を持参してください。

事業所番号

事業所名

代表者名

担当者名

印

印

提出の際は、記載漏れがないか、郵送希望の場合は返送用レターパックの同封漏れがないかご確認ください。
即日発行対応はできかねますので、ご注意ください。