

再 発 行 願

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										
担当者名										

下記のとおり再発行をお願いいたします。

記

1 再発行する種類（該当する項目に☑を付けてください）

☐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 ～ 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 再発行事由： _____

3 取得方法について

紙媒体のみでの提供となるため、本様式に返送用レターパック（ライト含む）を同封のうえ、本会あてご提出ください。

（同封するレターパックライトに「宛名」、「住所」を記入ください）

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

※提出の前に記載漏れ（☑もれ、再発行事由記載漏れ等）およびレターパックの同封漏れがないことをご確認ください。漏れがある場合は受理できません。

※再発行については1週間から10日前後お時間をいただきます。

（即時発行は対応できませんのでご了承ください）