

事業所番号	
事業所名	⑩
事業所住所	〒
電話番号	
担当者名	

再発行願

以下留意事項を確認のうえ、再発行を依頼します。

◆留意事項◆

- 1) 再発行依頼分の各種帳票は、事業所同封の**レターパック（ライト含む）**で発送いたします。
(引渡し方法はレターパック（ライトを含む）による郵送のみとなります。)

返送先(※1)を記載したレターパックと本様式を同封し、本会あてご送付ください。

(※1) 返送先の宛名および住所は再発行を依頼した事業所の名称及び住所を記載してください。
上記以外の返送先はお受けできません。

●送付先 〒900-8559 那覇市西3-14-18 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課あて

- 2) 電話、FAX、窓口での照会および口頭での再発行依頼は承りませんのでご注意ください。
- 3) 複数事業所の再発行依頼につきましては、事業所番号ごとに再発行願を作成しご送付ください。
- 4) 再発行可能対象月は本書類提出月の12か月前の審査分までとなります。
- 5) 再発行願は、毎月20日着〆切とし、25日～末日に発行し送付いたします。(即時発行不可)
- 6) 本会から送付される帳票等につきましては、重要書類と認識し、紛失等ないよう適切な管理に努めていただきますようお願い申し上げます。

- 1 再発行を依頼する種類(該当する項目に☑をつけてください)

☐ 介護給付費支払決定額通知書 ☐ 介護職員等処遇改善加算等総額のお知らせ
☐ 主治医意見書作成料請求書決定通知書
☐ 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】

① 審査年月: 年 月 (※サービス提供月ではなく、連合会へ提出した月をご記入ください。)

② 再発行理由(該当する項目にレ点をつけてください。その他の場合は()内に理由をご記入ください。)

☐ システム不具合のため ☐ 紛失のため ☐ その他 []

○提出前に記載漏れ(☑もれ、事由記載漏れ、法人印の押印漏れ)、返送用レターパックの同封漏れがないことを必ずお確かめください。漏れがある場合は受理できません。

毎月20日着〆切