

再発行依頼書

年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会
介護保険課 行

(FAX 088-820-8413)

事業所番号	3	9								
事業所名称	(担当者名)									
所在地 (送付先)	〒									
連絡先電話番号	(TEL)					(FAX)				
再発行対象帳票 (必要帳票に ○を記入してくだ さい)	介護給付費等支払決定額通知書					年 月 審査分				
	介護給付費等支払決定額内訳書									
	介護給付費過誤決定通知書									
	介護給付費再審査決定通知書									
	介護保険審査決定増減表									
	介護保険審査増減単位数通知書									
	請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表									
	介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ									
	介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ									
	事業所別審査状況一覧									
インターネット請求 パスワード再発行 (ID:) ※個別 ID は KJ から、代理人 ID は HD から始まります										
介護給付費等の請求及び受領に関する届										
再発行理由										
連合会使用欄	受付日 /					送付日 /				