

再発行依頼書

令和 年 月 日

岡山県国民健康保険団体連合会

介護保険課 行

事業所 番号										
事業所 名称										
住所地	〒 ー									
電話番号										
開設者 氏名	印									

下記に該当する書類の再発行を依頼します。

チェック	種 類	対 象 受 付 年 月
	支払決定額通知書(一式)	平成 年 月 受付分 令和
	処遇改善加算総額のお知らせ	平成 年 月 受付分 令和
	電子請求登録結果に関するお知らせ (電子請求用ID・パスワード)	テ ス ト 用 ・ 本 番 用

(注1) **電話・ファックスでの再発行の受付はいたしません。**
返信用封筒(84円切手貼付)を同封のうえ、下記宛先まで送付してください。

(注2) 直接国保連合会へ受け取りにお越しの場合は、**再発行依頼書と身分証明書**を
お持ちください。

〒700-8568
岡山市北区桑田町17番5号

岡山県国民健康保険団体連合会
介護保険課

TEL 086-223-9110
FAX 086-223-9109