

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									
所在地	〒								
連絡先									
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		介護給付費等支払決定額通知書 (一式)	平成 令和 年 月 審査分
伝送			
紙			

チェック		介護職員処遇改善加算総額のお知らせ	平成 令和 年 月 審査分
伝送			
紙			

チェック		主治医意見書料送金通知書	平成 令和 年 月 審査分

チェック		伝送請求用ID・パスワード

- (注1) 返信用封筒(84円切手貼付)を同封のうえ、下記あて先まで送付してください。
- (注2) 伝送による再発行は、伝送登録事業所のみ可能です。(返信用封筒は不要)
- (注3) 主治医意見書料送金通知書及び電子請求用ID・パスワードは紙のみの取扱いとなります。
- (注4) 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:086-223-8876/FAX:086-223-9109