

令和 年 月 日

福井県国民健康保険団体連合会
審査課介護・障がい室 御中

(事業所番号) _____

(事業所所在地)

(事業所名称及び開設者名)

(届出印)

介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

介護給付費等支払決定額通知書等の再発行を次のとおりお願いします。

- ・再発行する通知書等の種類（該当する通知書に○印を記入してください）

☐ 介護給付費等支払決定額通知書

☐ その他（様式名： _____）

- ・再発行する通知書のサービス月（振込月）

平・令 年 月サービス（平・令 年 月請求分）（平・令 年 月振込分）

平・令 年 月サービス（平・令 年 月請求分）（平・令 年 月振込分）

平・令 年 月サービス（平・令 年 月請求分）（平・令 年 月振込分）

- ・再発行の理由

- ・当連合会からの送付方法（希望する送付方法にレ印を記入してください）

☐ 次回発送される請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表または支払決定額通知書に同封（いずれかの早い時期の通知書にて発送します）

☐ 同封の返信用封筒での発送

（簡易書留相当額の切手を貼付した返信用封筒を本依頼書に同封してください）

※ 本依頼書の記載不備や返信用封筒に貼付する切手額面の不足等がある場合、再発行が速やかに行えませんが、ご了承ください。

※ 発送先は事業所所在地のみとしております。

福井県国民健康保険団体連合会