

※ 本紙の送付は、不要です。

再発行依頼時の留意事項について

下記の内容をお読みいただき、あらかじめ御了承の上、御依頼ください。

1. 締切日は、毎月20日(20日が同日祝日の場合は前平日)必着となります。締切日以降に再発行処理を致します。即時での対応はお受けできません。また、締切日を過ぎての御依頼につきましては、翌月対応となります。
2. 複数事業所の再発行を希望される際は、お手数でも依頼書は事業所ごとに御記入ください。
3. 伝送にて介護給付費の請求を行っている事業所のみに出力しております、「事業所別審査状況一覧表」につきましては、再発行対象外となります。
4. 再発行の御依頼は、原則、依頼書の送付日から1年以内の審査月を対象とします。1年以上経過した帳票の再発行については、当初の審査結果と差異が生じる場合がございます。(システム処理の都合上、過誤などがあった場合、反映されてしまうため。
(例) 令和3年3月19日までに再発行依頼を提出し、令和2年3月審査分以前の再発行を希望する場合、差異が生じる可能性があります。
5. 依頼書は郵送またはFAXにて御提出ください。郵送の場合は、下記の住所に送付ください。

郵送の際は、切り取ってお使いください。

〒960-8043

福島市中町3番7号

福島県国民健康保険団体連合会

介護福祉課 介護保険係 宛

【送付日】 令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 介護保険係 行

開設者
住所
氏名

介護給付（総合事業）費等支払決定額通知書等の再発行依頼書

下記の事由により、介護給付（総合事業）費等支払決定額通知書等の再発行を依頼します。

記

1	事業所番号	0	7								
2	事業所名										
3	再発行審査年月	(単月の場合)		年 月 審査分							
		(複数月の場合)		年 月 審査分～		月 審査分					
4	再発行帳票 (再発行希望帳票に○をつけてください)	介護給付費等支払決定額通知書等									
		介護職員処遇改善加算等のお知らせ									
5	再発行事由（必須）										
6	送付先 <small>※開設者または事業所の住所以外には送付できません (不明な場合には、本会へ御連絡ください)</small>	(宛先)									
		(住所)									
7	担当者名										
8	連絡先電話番号	()									

※再発行の通知書等は6の送付先に郵送させていただきます。当該発送分の費用は御依頼主様側に御負担していただくこととなります。恐れ入りますが、**着払**にて発送させていただきますので御留意ください。

※その他の留意事項につきましては、前頁「別紙：再発行依頼時の留意事項について」を御覧ください。

連絡先・送付先

TEL=024-523-2871・FAX=024-528-0989