

岐阜県国民健康保険団体連合会
介護・障害課審査係 御中

開設者
氏名

介護給付費等支払決定額通知書等の再発行依頼書

下記の理由により、介護給付費等支払決定額通知書等の再発行を依頼します。

1	事業所番号	2	1							
2	事業所名									
3	再発行理由									
4	再発行審査年月	(単月の場合) 令和 年 月審査分 (複数月の場合) 令和 年 月審査分 ~ 令和 年 月審査分								
5	再発行帳票 ※希望する帳票に “○”を付けてく ださい	審査決定関連通知書一式 「介護保険（総合事業費）審査決定増減表」 「介護保険（総合事業費）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」								
		支払関連通知書一式 「介護給付費等支払決定額通知書」 「介護給付費等（総合事業費）支払決定額内訳書」 「介護給付費（総合事業費）過誤決定通知書」 「介護給付費（総合事業費）再審査決定通知書」								
		「介護職員処遇改善加算総額のお知らせ」※内訳含む								
6	再発行方法 ※希望する方法に “○”を付けてく ださい	紙（郵送） ※再発行方法が「紙（郵送）」でのご依頼の場合、郵送費用は依頼主様で負担していただきますので、本依頼書の郵送に返信用封筒（必要な郵便料金の切手を貼り付けてください）を同封してください。 ※返信用封筒の送付先は、事業所住所をご記入ください。								
		伝送 ※返信用封筒は必要ありません。本依頼書を受領後、1～2日後を目安にあらためて伝送にて通知します。								
7	担当者名									
8	連絡先									

<留意事項>

- ・複数事業所の再発行を依頼される場合、本依頼書は事業所ごとに作成をお願いします。
- ・返信用封筒の切手の料金不足が発生した場合、不足額については、受取人支払とさせていただきます。
- ・本会における再発行に係る事務は、本依頼書を受領に基づき行いますので、即時での対応はできません。

【記載例】

送付日 令和 4年 4月 1日

岐阜県国民健康保険団体連合会
介護・障害課審査係 御中

開設者
氏名 国保太郎

介護給付費等支払決定額通知書等の再発行依頼書

下記の理由により、介護給付費等支払決定額通知書等の再発行を依頼します。

1	事業所番号	2	1	7	0	1	0	0	0	0	1
2	事業所名	国保事業所									
3	再発行理由	介護給付費等支払決定額通知書を紛失したため									
4	再発行審査年月	(単月の場合) 令和 4年 1月審査分 (複数月の場合) 令和 年 月審査分 ~ 令和 年 月審査分									
5	再発行帳票 ※希望する帳票に “○”を付けてく ださい		審査決定関連通知書一式 「介護保険（総合事業費）審査決定増減表」 「介護保険（総合事業費）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」								
		○	支払関連通知書一式 「介護給付費等支払決定額通知書」 「介護給付費等（総合事業費）支払決定額内訳書」 「介護給付費（総合事業費）過誤決定通知書」 「介護給付費（総合事業費）再審査決定通知書」								
			「介護職員処遇改善加算総額のお知らせ」※内訳含む								
6	再発行方法 ※希望する方法に “○”を付けてく ださい	○	紙（郵送） ※再発行方法が「紙（郵送）」でのご依頼の場合、郵送費用は依頼主様で負担していただきますので、本依頼書の郵送に返信用封筒（必要な郵便料金の切手を貼り付けてください）を同封してください。 ※返信用封筒の送付先は、事業所住所をご記入ください。								
			伝送 ※返信用封筒は必要ありません。本依頼書を受領後、1～2日後を目安にあらためて伝送にて通知します。								
7	担当者名	国保次郎									
8	連絡先	058-275-9825									

<留意事項>

- ・複数事業所の再発行を依頼される場合、本依頼書は事業所ごとに作成をお願いします。
- ・返信用封筒の切手の料金不足が発生した場合、不足額については、受取人支払とさせていただきます。
- ・本会における再発行に係る事務は、本依頼書を受領に基づき行いますので、即時での対応はできません。