

介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課 行

開設者氏名

印

事業所番号	0	4									
事業所名称	(担当者名: _____ Tel: _____)										
事業所所在地	〒 _____										
再発行対象月	平成 _____ 年 _____ 月 審査分										
再発行対象帳票 (必要帳票に○を付すこと)	介護保険		介護給付費等支払決定額通知書								
			介護給付費等支払決定額内訳書								
			介護給付費過誤決定通知書								
			介護給付費再審査決定通知書								
			介護保険審査決定増減表								
			介護保険審査増減単位数通知書								
			請求明細・給付管理票返戻(保留)一覧表								
	総合事業		介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額通知書								
			介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書								
			介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書								
			介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書								
			介護予防・日常生活支援総合事業審査決定増減表								
	共通		介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書								
		請求明細・給付管理票返戻(保留)一覧表									
再発行事由											
事業所チェック欄	<input type="checkbox"/> 依頼書の記入 <input type="checkbox"/> 開設者印の押印 <input type="checkbox"/> 返信用封筒の同封 <input type="checkbox"/> 返信用封筒への送付先等記載 <input type="checkbox"/> 返信用切手の同封(貼付)										
連合会使用欄	受付日 _____ / _____			処理日 _____ / _____			送付日 _____ / _____				

【注1】『各種帳票の「再発行」手続きについて』を必ずお読みください。

【注2】再発行可能な対象月は、依頼書を受け付けた月が属する年度の前年度4月審査分以降です。それ以前のものが必要な場合は別途ご相談ください。