

# 介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課 行

希望する再出力方法 (該当に○を付すこと)		開設者氏名		印
紙出力 (封筒必要)	伝送 (封筒不要)			
事業所番号				
事業所名称	(担当者名: _____ Tel: _____)			
事業所所在地	〒 _____			
再発行対象月	_____年 _____月審査分 ~ _____年 _____月審査分			
再発行対象帳票 希望する帳票に○を付すこと  ▼支払 月の中旬から下旬にかけて通知している支払関係の帳票  ▼返戻 月末または月初めに通知している返戻関係の帳票	共通	支払	介護給付費等支払決定額通知書	
			介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ	
			介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ	
			審査状況一覧表 (伝送事業所のみ)	
	介護保険	支払	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	
		返戻	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	支払	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	
		返戻	介護予防・日常生活支援総合事業審査決定増減表	
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 紙出力の返信用封筒: <input type="checkbox"/> 封筒の同封 <input type="checkbox"/> 送付先等の記載 <input type="checkbox"/> 切手の貼付			
連合会使用欄	受付日	/	処理日	/
			送付日	/

【注1】再発行可能な対象月は、依頼書を受け付けた月の12ヶ月前の審査分までです。それ以前のものが必要な場合は別途ご相談ください。また、請求ソフトの切り替えで確認できなくなった場合もご相談ください。

【注2】複数審査月の帳票の再発行等で出力枚数が多くなり、切手の料金不足が発生した場合は、不足額については受取人支払いとさせていただきますので、ご了承願います。