

再発行依頼書

年 月 日

栃木県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 行

事業所番号	0	9							
事業所名称									
所在地	〒								
代表者氏名	印								
担当者氏名									
連絡先									

下記に該当する帳票の再発行を依頼します。

① 審査年月 令和 年 月 審査分		② 送付方法 (該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/>		連合会使用欄
種類	帳票名称	伝送	郵送	
支払	(1) 介護給付費等支払決定額通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(2) 介護給付費等支払決定額内訳書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(3) 介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
過誤	(4) 介護給付費過誤決定通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(5) 介護予防・日常生活支援総合事業過誤決定通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
再審査	(6) 介護給付費再審査決定通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(7) 介護予防・日常生活支援総合事業再審査決定通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
増減	(8) 介護保険審査増減単位数通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(9) 介護予防・日常生活支援総合事業増減単位数通知書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
返戻	(10) 請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(11) 介護予防・日常生活支援総合事業請求明細書返戻(保留)一覧表	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
処遇	(12) 介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(13) 介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
主治医	(14) 主治医意見書料支払明細一覧表		<input type="checkbox"/>	
伝送	(15) 電子請求受付システムのユーザID及び仮パスワード		<input type="checkbox"/>	
その他	(16) 帳票名 ()		<input type="checkbox"/>	
③ 再発行の理由				
連合会使用欄	受付日	/	作成日	/
			送付日	/

【再発行依頼書 郵送先】(FAX不可)

〒320-0033 栃木県宇都宮市本町3番9号 本町合同ビル6階
栃木県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 介護保険担当 宛

※「郵送」による再送付を希望する場合は、
返信用封筒(切手貼付)を同封していただきますようお願い致します。