

★下記の留意事項をご確認の上、ご記入ください。

依頼日	年 月 日	事業所 番 号	1	3											事業所 担当者名
		事業所名													
		連絡先	TEL ()												
再発行理由 ※必ずご記入ください。															

【希望する受け取り方法】必ず該当に○してください

伝 送	紙
-----	---

【 伝 送 】

★伝送の場合、帳票の指定はできません。

【 紙 】希望する帳票名に☑を付けてください。

- ☐ 介護給付費等支払決定額通知書
- ☐ 介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業費)支払決定額内訳書
- ☐ 介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業費)過誤決定通知書
- ☐ 介護給付費(介護予防・日常生活支援総合事業費)再審査決定通知書
- ☐ 介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ
- ☐ (介護予防・日常生活支援総合事業)請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表

【下記の4帳票は令和7年5月審査分から出力される帳票です。】

- ☐ 事業所別審査状況一覧表 <伝送請求事業所のみ依頼可能>
- ☐ 原案作成委託料支払内容明細書
- ☐ 介護予防支援費原案作成委託料明細書
- ☐ 介護予防ケアマネジメント費原案作成委託料明細書

《再発行依頼期間》 ※伝送をご希望の場合→依頼書受付月の11ヶ月前まで
※ 紙をご希望の場合→依頼書受付月の14ヶ月前まで

令和 年 月審査分 ~ 令和 年 月審査分

☆☆☆ 留意事項 ☆☆☆

- ① 返送用のレターパックに住所等を記載して、本依頼書と併せて同封してください。
同封されない場合、返送することはできません。
複数の審査月分をご依頼の場合はまとめたの発送となります。
- ② 本依頼書の受付期間は、毎月20日必着です。20日を過ぎて到着したものは翌月処理となります。送付日は25日前後となりますのでご了承ください。

< 例 >

令和8年6月21日に当該依頼書が本会到着した場合、令和8年7月受付となります。
その場合、伝送であれば、令和7年8月審査分までご依頼できます。書面であれば、令和7年5月審査分までご依頼できます。

- ③ 電話及びFAXでのご依頼は承りませんのでご注意ください。
- ④ 複数の事業所の再発行依頼は、事業所番号ごとに作成のうえ、ご提出願います。
- ⑤ 事業所々在地や事業所名称、振込口座等の変更手続きをされた場合、当初の情報と異なることがありますので、ご了承ください。
- ⑥ 増減単位数通知書の再発行はできません。
- ⑦ 伝送をご希望の場合、再発行できるのは現在のユーザーID になります。

《郵送先》 〒102-0072

東京都千代田区飯田橋三丁目5番1号 東京区政会館11階
東京都国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護審査係