



## ☆☆☆ 留意事項 ☆☆☆

- ・本依頼書と併せて、送付先等を記載した返送用のレターパックを同封してください。  
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ての発送となります。
- ・本依頼書の受付期間は、毎月1日～20日です。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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・増減表・増減単位数通知書の再発行はできません。
- ・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