

介護給付費等審査支払結果帳票の再発行依頼書

★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
----	---

！増減表・増減単位数通知書の再発行はできません！

【 伝送 】希望する方に☑をつけてください。

配信一式(支払含む) 配信一式(下記(※)の出力は不要)

★再配信の場合、帳票の指定はできません。

★下記(※)の帳票は再配信できません。紙での出力になります。

【 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
- 介護職員処遇改善加算総額のお知らせ
- 請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表
- 給付管理票登録情報(※) 伝送請求の事業所のみ発行
- 受給者別審査決定情報(※) 伝送請求の事業所のみ発行
- 原案作成委託料控除内容明細書(※)
- 原案作成委託料支払内容通知書兼明細書(※)
- 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
- 介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書
- 介護予防ケアマネジメント費返戻一覧表(※)
- 介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書(※)

《再発行依頼期間》※15ヶ月前までしか再発行できません。

平成 年 月 審査分 ~ 平成 年 月 審査分
令和

☆☆☆ 留意事項 ☆☆☆

- ・本依頼書に発行理由及びご希望の帳票等を明確に記入してご提出いただいたご依頼分
に限り、再発行の手続きを行います。
なお、給付管理票登録情報、受給者別審査決定情報は、伝送請求の事業所のみ
に再発行いたし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。
- ・【紙】での再発行依頼をされた場合の送付先は、原則、事業所台帳に登録されている住所
宛に送付となります。
- ・本依頼書が本会に到着後から送付まで、2・3週間程お待ちいただく場合がありますので、
ご了承ください。
- ・複数の事業所及び複数の審査月分の再発行依頼は、事業所番号ごとに作成しご提出
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。
- ・大量の再発行依頼については、お断りすることや返信用封筒の同封をお願いすること
がございます。

《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 介護福祉課 介護第2係 宛