

# 介護給付費等支払関係帳票の再発行願

年 月 日

広島県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護給付費等支払関係帳票を、次により再発行してください。  
なお、発行にあたり何らかの紛議が生じても一切の責任を問いません。

1 必要とする事業所番号・事業所名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 再発行対象月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月末振込分

3 再発行方法 \_\_\_\_\_ 伝 送 ・ 帳 票 (※)

(※帳票をご希望の場合は、返信用封筒と切手を併せてご提出ください。)

4 再発行理由

( )

(記入上の注意)

事業所番号・事業所名の欄は、同一法人で開設者が同じ場合でも再発行を必要とする事業所が複数ある場合は、全ての事業所番号・事業所名を記載してください。

提出先 〒730-8503 広島市中区東白島町 19-49  
広島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課  
電話：082-554-0782 FAX：082-511-9126