

障害福祉サービス事業所のみなさまへ

各種帳票の「再発行」手続きについて

本会では、支払決定額通知書等及び電子請求受付システム（仮）パスワードの再発行依頼の際は「再発行依頼様式」及び「返信用封筒」「返信用切手」を依頼元の事業所にてご用意いただくようお願いいたします。

《事業所の手順》

- 1 本会ホームページ「介護保険事業者・利用者の皆様へ」内「関係様式ダウンロード」から必要な再発行依頼様式をダウンロード
- 2 再発行依頼様式に必要事項を記入、押印
- 3 「返信用封筒」「返信用切手」を同封し、本会保健介護課介護保険係あてに送付（持参可）

注1) 出力枚数に応じて、返信用封筒をご用意ください

注2) 返信用封筒には送付先住所等を必ず記載してください

注3) 「返信用切手」は下表を目安に封筒に貼付してください

帳票枚数	金 額	帳票枚数	金 額
	定 型		定型外
1～10 枚	110 円	1～8 枚	140 円
		9～20 枚	180 円

※令和6年10月1日から郵便料金が改定されたため、上記の金額へ変更となります。

再発行した帳票類は、本会で依頼書を受付した日のおおよそ2日後に郵便局へ投函します

〒020-0025 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号
岩手県国民健康保険団体連合会
保健介護課介護保険係（障害者総合支援担当）
TEL 019-623-4335 FAX 019-653-2216
HP <http://www.iwate-kokuho.or.jp>