（障害福祉サービス施設・事業所等）

電　子　請　求　受　付　シ　ス　テ　ム
ユーザID・仮パスワード再発行依頼票

FAX送信先　083－934－3665

山口県国民健康保険団体連合会　介護保険課　宛

依頼年月日	令和　　年　　月　　日

事業所番号	事業所名
再発行理由	

・「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」に記載された事業所住所へ郵送します。

担当者名	
連絡先（電話番号）	
※送付先住所	〒　　－

※届出住所と異なる送付先を希望される場合は、送付先住所欄に記載をお願いします。