

(介護サービス施設・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                              |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再発行理由                                                                                                                                                                                                        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- ・「介護給付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。