

(介護保険みなし指定事業所)

# 電子請求受付システム ユーザID・仮パスワード発行依頼票

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

- ・「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	〒 ー

※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。