

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 _____

担当者名 _____

障害福祉サービス費等に係る請求用パスワード再発行依頼書

次の事業所の電子請求に用いるパスワードの再発行を依頼します。

事業所番号	事業所名	請求用 ID

(作成上の注意)

- ・ 請求用 ID 欄は、本番請求用、テスト請求用、代理請求用の内、必要ないずれかの ID を記載してください。