

令和 年 月 日

香川県国民健康保険団体連合会 殿

介護保険課 宛

仮パスワード再発行依頼

- ・ 事業所番号
- ・ 事業所名
- ・ 電話番号
- ・ 担当者名
- ・ 再発行が必要となった理由
- ・ 「電子請求登録結果のお知らせ」（テスト用・本番用）及び
「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」の写し

別添のとおり

※FAX 番号 087-822-7455

発送日 _____