

介護保険「伝送請求用 ID・(仮)パスワード」再発行依頼書

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課 行

開設者氏名 印

事業所番号	0 4									
事業所名称	(担当者名 )									
事業所所在地	〒 —									
再発行事由										
事業所チェック欄	<input type="checkbox"/> 依頼書の記入 <input type="checkbox"/> 開設者印の押印 <input type="checkbox"/> 返信用封筒の同封 <input type="checkbox"/> 返信用封筒への送付先等記入 <input type="checkbox"/> 返信用切手の貼付									
備考										

(注) 再発行は、当初発行時の「(仮)パスワード」が出力されること。(現在使用のものとなる場合がある)

連合会使用欄	受付日 /	処理日 /	送付日 /
--------	-------	-------	-------