

障害福祉サービス費等の請求に係る  
パスワード初期化依頼書（事業所用）

年 月 日

島根県国民健康保険団体連合会

理事長 山本浩章 様

開設者 住所

氏名

㊞

障害福祉サービス費等の請求に係るパスワードの初期化を依頼します。

1 初期化を必要とする事業所番号・事業所名称

(1) 事業所番号

3	2								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名称

---

(2) 事業所番号

3	2								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名称

---

(3) 事業所番号

3	2								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名称

---

2 理由

( )

※ 記入上の注意

事業所番号・事業所名称の欄は、同一法人で開設者が同じでも初期化を必要とする事業所が複数ある場合は、全ての事業所について記載してください。