

介護給付費及び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（代理人用）

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

申請者 住所
(代理人)

法人名
代表者

印

介護給付費及び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 代理人ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 理由

()