

(様式1)

電子請求ログイン情報再発行送付書

※返信用封筒を送付する際、こちらの様式を同封してください。

申請日	年 月 日											
事業所番号	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所名称												
事業所所在地	〒											
ご担当者名												
連絡先	TEL	—										

★注意事項★

※返信用封筒が届き次第、「電子請求ログイン情報再発行通知書」を送付いたします。

※今回の申請では、インターネット請求への変更はできません。福岡県国保連合会ホームページの「介護給付費等のインターネット請求について」をご確認ください。

送付先 〒812-8521
福岡市博多区吉塚本町13番47号

事業部 介護保険課 介護管理係 宛

連合会受付