

# 記載例

令和〇年〇月〇日

山梨県国民健康保険団体連合会 御中

印を押してください。

〇 〇 事業所  
理事長 国保 太郎

事業所

## 伝送パスワードの再発行について（依頼）

介護報酬請求事務にかかる伝送パスワードにつきまして、当事業所において紛失してしまったため、再発行をお願いいたします。

記

〇 事業所番号及び事業所名称

1970123456 〇〇事業所

〇 再発行通知送付先

〒400-0000

(住所)山梨県△△市□□町××1234

(担当者名) 国保 太郎