令和　　年　　月　　日

山梨県国民健康保険団体連合会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

「ケアプランデータ連携システム」利用に伴う伝送ID、パスワード

の発行について（依頼）

「ケアプランデータ連携システム」利用に伴い、伝送ID、パスワードが必要となりますので、下記あてに送付していただくようお願いいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 |  | 現状の介護請求は、電子媒体（CD-R等）または紙請求で行っており、この請求方法に変更はありません。 |

　　※確認後□内に○を付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 送付先住所 | 〒 |

※1．複数事業所がある場合もお手数ですが、1事業所ごとご記入ください。