令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　宛

**オンライン請求システムにおける管理者パスワードの初期化依頼書**

オンライン請求システムにおける管理者パスワードについて初期化を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者： |  |
| 電話番号： |  |

医療機関等情報を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 点数表区分  （該当する項目に✔） | 医科　　歯科  調剤　　訪問 | 保険医療機関等  コード |  | |
| 保険医療機関等  名称 |  | | | |
| 保険医療機関等  所在地 |  | | | |
| 開設者氏名 |  | | |  |
| 依頼者 |  | | |  |

※本紙は、オンライン請求システムに係るログインパスワードの初期化依頼書ではありません。