

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。

本件に関する問い合わせ先を記載してください

担当者： 基金 太郎
電話番号： XXX-XXXX-XXXX

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	99999999
保険医療機関等 名称	社会保険診療報酬クリニック		
保険医療機関等 所在地	〒000-0000 東京都港区●●		
開設者氏名	基金 一郎		
依頼者	基金 花子		

※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。

保険医療機関等の開設者氏名を記載してください

管理者パスワードの初期化の依頼者について記載してください