重要性分類Ⅱ

令和　　年　　月　　日

記載例

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構　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：	機構　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	9999999
保険医療機関等名称	診療報酬審査支払クリニック		
保険医療機関等所在地	〒000-0000 東京都江東区●●		
開設者氏名	機構　一郎		
依頼者	機構　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