

伝送接続使用電話番号変更届

平成 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 殿

住所
代表者 氏名

伝送接続使用電話番号の変更に関し下記のとおり記入し、届け出いたします。

事業所番号	0	7										※
フリガナ												受付印
事業所名	担当者名:											
フリガナ												
所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 福島県 電話 - -											
変更月	平成 年 月 請求時より変更希望											・伝送接続使用電話番号を変更する際は、変更請求開始希望月の前月25日必着で提出してください。
変更内容	<p>・(現)接続使用電話番号(ISDN)【 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 】</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>変更後の電話回線(発信者番号通知)をご確認のうえ記入してください。</p> <p>・(新)接続使用電話番号(ISDN)【 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 】</p>											
注意点	<p>・変更の結果については、「介護保険事業所の電子請求登録結果に関するお知らせ」によりご通知いたします。(毎月1回、26日以降送付予定)</p> <p>・接続時に必要となるパスワード等は変更されません。仮パスワードをすでに変更されている場合、変更後のパスワードを使用してください。</p> <p>・光, ADSL, CATV, アナログ回線は使用出来ません。</p>											
備考												

「※」表示欄は国保連合会で使用しますので、記入しないで下さい。

送付先

FAX = 024-528-0989