パスワード初期化依頼書(障がい)

令和　　年　　月　　日

福島県国民健康保険団体連合会長 殿

代表者　住所

氏名

障がい報酬の伝送請求に必要となるパスワードを紛失したため、初期化依頼を下記のとおり記入し提出いたします

事業所番号	0	7									受付印	※
フリガナ												
事業所名	担当者名:											
フリガナ												
所在地	〒□□□－□□□□福島県 電話　－　－											
喪失理由												
届出内容	・ユーザID【　　】 ・事業所:HJ+事業所番号(12桁) ・代理人:HD07+通番8桁(12桁)											
注意事項	・初期化後、新たに発行されたパスワードを発送いたします。 ・電子証明書発行用パスワードを紛失した場合は 障害者総合支援又は代理人電子い請求受付システムより再発行下さい。											
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