

# パスワード初期化依頼書(介護)

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

介護報酬の伝送請求に必要な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
(代理人請求パスワード初期化依頼の場合は記載不要)													
フリガナ													
事業所名・代理人名	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"/> <input type="text"/> (電話番号 024 - - ) 福島県												
喪失理由													
届出内容	インターネット ・ユーザID 【 <input type="text"/> 】 ・事業所:KJ07+事業所番号 (14桁) ・代理人:HD07+通番8桁 (12桁)												
注意事項	・電子証明書発行用パスワードを紛失した場合は介護又は代理人電子請求受付システムより再発行下さい。 パスワードは新規伝送登録時の仮パスワードを除き国保連合会において管理しておりません。 パスワードを喪失した場合には、パスワードを初期化することにより、仮パスワードに戻すことが可能です。 ・毎月25日まで受付分について、翌26日以降に、接続時に必要となる仮パスワード等を発送いたします。(月次処理のため、即日発送はできません)												
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