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。

ユーザID	H	J	0	7									受付印	※
フリガナ														
事業所名														
	担当者名：													
フリガナ														
書類送付先	〒□□□－□□□□　福島県 電話　　－　　－													
使用目的	該当の番号に○を付けてください ①　障害福祉サービス費等の請求をするために使用 ②　新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金申請のために使用													
喪失理由														
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。 ・新パスワード発行まで数日期間を要しますので御了承ください。 ・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請求受付システムより再発行ください。													
備考														

「※」表示欄は国保連合会で使用しますので、記入しないでください。

送付先　FAX ＝ 024-528-0989