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　様

開設者　住所

氏名

介護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	K	J	0	7											受付印	※連合会使用欄
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　　－　　－															※開設者または事業所の住所以外には送付できません
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。 ・毎月25日までに受付した分について、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） ・電子証明書発行用パスワードを紛失した場合は、介護電子請求受付システムより再発行ください。															
備考																

連絡先・送付先	介護福祉課　介護保険係 FAX ＝ 024-528-0989　・　TEL＝ 024-523-2871