パスワード初期化依頼書(代理人)

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・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	D	0	7									受付印	※連合会使用欄
フリガナ														
代理人名	担当者名:													
フリガナ														
書類送付先	〒 ― 都道府県 電話 ― ―													
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、代理人電子請求受付システムより再発行ください。													
備考														

送付先　FAX ＝ 024-528-0989