

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	〒				—													※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	電話	—			—													福島県
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

FAX = 024-528-0989 ・ TEL = 024-523-2873