

電子請求受付システムパスワードの再発行依頼書

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課障害福祉担当 行

開設者氏名

印

事業所番号又は 代理人番号	0	4							
事業所名称又は 代理人名称	(担当者名)								
事業所所在地又は 代理人所在地	〒 - (電話番号:)								
依頼内容 (該当項目に ○をつけて下さい)	本番用ログイン仮パスワード(再発行) ※これまでと違うパスワードを再発行します								
	テスト用ログイン仮パスワード(再発行) ※これまでと違うパスワードを再発行します								
	証明書発行用パスワード(再通知) ※これまでと同じパスワードを再通知します ※代理人と初期パスワードを変更した事業所への 再通知できません								
依頼事由 (紛失状況等の 詳細をご記入下さい)									
希望する 通知文の 送信方法	電子請求受付システム「本番ID」のお知らせに送信								
	電子請求受付システム「テストID」のお知らせに送信								
	上記事業所所在地に郵送								
備考									

※本依頼書は、捺印の上必ず国保連合会に提出してください。

連合会使用欄	処理日 /	送付日 /	担当者
--------	-------	-------	-----