― 障害者総合支援 ―

FAX:098-867-6794

沖縄県国民健康保険団体連合会

介 護 福 祉 課　介 護 福 祉 係　御中

年　月　日

事業所番号	
事 業 所 名	
事業所住所	〒
電 話 番 号	
代表者名	印
担 当 者 名	

電子請求受付システム・仮パスワード再発行願

「電子請求受付システム・仮パスワード」の再発行をお願いいたします。

記

1　再発行する仮パスワードの種類を選択して下さい。

□テスト用　□本番用

2　希望受理方法

□郵送ー送付先住所

住所（〒　　）

□来会ー連絡先・TEL（　　）

※来会受理においては、事前にFAX送信いただき、準備完了後ご連絡させていただきます。

来会の際には、原本の提出をお願いいたします。

3　再発行事由

_____

_____

_____