

令和 年 月 日

沖縄県国民健康保険団体連合会
医療費助成事業 担当者 御中

医療費助成事業オンライン報告システム

オンライン報告用 I D ・ パ ス ワ ー ド
電 子 証 明 書 用 パ ス ワ ー ド 再発行願

「オンライン報告用 I D ・ パ ス ワ ー ド」「電子証明書用パスワード」
の再発行をお願いいたします。

再発行理由

保険医療機関等番号：

名 称：

所 在 地：

電 話 番 号：

印

記載例

提出日を記載。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県国民健康保険団体連合会
医療費助成事業 担当者 御中

医療費助成事業オンライン報告システム

オンライン報告用 I D ・ パ ス ワ ー ド
電 子 証 明 書 用 パ ス ワ ー ド 再発行願

「オンライン報告用 I D ・ パ ス ワ ー ド」「電子証明書用パスワード」
の再発行をお願いいたします。

再発行理由

再発行する理由を記載してください

医療機関番号 10桁を記載

保険医療機関等番号：4799999999

名 称：〇〇〇〇病院

所 在 地：沖縄県 〇〇市 △△△丁目□□-□□

電 話 番 号：098 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

印

開設者(代表者)もしくは医療機関印を
使用し、押印。