

— 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

伝送—伝送先ID ( )

※同一法人別事業所(HJ47～)、代理事業所(HD47～)へ伝送することが可能です。

郵送—送付先住所

住所 (〒 )

来会—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

---

---

---