

FAX:098-867-6794

沖縄県国民健康保険団体連合会

介護福祉課 障害福祉係 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(※)

(※)郵送を選択された場合、郵送料は依頼人負担となります。

本用紙と返送用レターパック(ライト含む)を本会あてご提出ください。

返送用レターパックに返送先住所、事業所名を明記のうえご提出をお願いします。

提出先 〒900-8559 那覇市西3丁目14番18号 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課あて

☐来会一連絡先・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、原本の提出および身分証明書の提示をお願いいたします。

- 3 再発行事由

提出の際は、記載漏れがないか、郵送希望の場合は返送用レターパックの同封漏れがないかご確認ください。
即日発行対応はできかねますので、ご注意ください。