

— 障害者総合支援 —

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	法人印
担当者名	

電子請求受付システム・仮パスワード再発行願

(「電子登録結果に関するお知らせ」の再発行)

以下留意事項を確認し「電子請求受付システム・仮パスワード」の再発行を依頼します。

◆留意事項◆

- 1) 電子請求受付システム仮パスワードは、事業所同封の**レターパック(ライト含む)**で発送いたします。(希望受理方法が郵送の場合のみ)
- 2) 再発行について、**即日発行は対応できませんのでご了承ください。**(業務と並行して対応していることから、1週間から10日前後お時間をいただきます。)
- 3) 電話、窓口等における**口頭での照会および再発行依頼は承りません**のでご注意ください。
- 4) 来会にて受理を希望される際は、原本および本人確認のため身分証明書の提示を求めますのでご持参ください。

- 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 — **送付先を記載した【レターパック(ライト含む)】と本様式を同封し**、以下住所あてご提出ください。

(提出先住所 〒900-8559 那覇市西 3-14-18 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課)

☐ 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、原本の提出および身分証明書のご提示をお願いいたします。

- 3 再発行理由(該当する項目にレ点をつけてください。その他の場合は()内に理由をご記入ください。

☐ 紛失のため☐ その他 []

○提出前に記載漏れ(☒ もれ、事由記載漏れ、代表者名の押印漏れ)、返送用レターパックの同封漏れがないことを必ずお確かめください。漏れがある場合は受理できません。