

電子請求受付システムパスワード再発行申請書(代理人用)

年 月 日提出

富山県国民健康保険団体連合会

理事長 様

申請者 (代理人)	住 所	
	法人名	印
	代表者名	
	電話番号	

電子請求受付システムにて使用している下記のユーザIDについて、パスワードの再発行を申請いたします。

代理人 ユーザID	H	D	1	6								
代理人名												
担当者名												
連絡先 電話番号												

留意事項

- ・電子請求受付システムの[仮]パスワードは、登録されている住所に郵送いたします。
- ・証明書発行用パスワードではありません。証明書発行用パスワードは、本会では再発行できませんので、電子請求受付システムにログイン後、再発行処理を行ってください。

【提出先】

〒930-8538 富山市下野995番地の3
富山県国民健康保険団体連合会
情報・介護保険課 介護保険係 宛

※FAXでの送付は受付できません。

業務処理 担当者名	
処理年月日	