**【障害\_事業所ID用】　電子請求受付システム＿ログイン仮パスワード再発行依頼書**

長崎県国民健康保険団体連合会

理事長　様

　　　　年　　　月　　　日

申請者 　住　所

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者

電話番号

●仮パスワードを再発行する事業所情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所ID | H | Ｊ | ４ | ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 再発行する理由  ※該当理由に☑を  して下さい。  その他の場合は、理由を  ご記入ください。 | □当初発行された「電子請求登録結果に関するお知らせ」を紛失したため。  □自身で変更したパスワードを忘れたため。  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

（連合会からの注意事項）

（1）仮パスワードを再発行すると、現在のパスワードではログインできなくなります。お手元に控えがないか十分ご確認のうえご依頼ください。

（2）上記対象事業所情報は、全項目漏れなくご記入ください。

（3）この依頼書は、郵送にて提出してください。（お急ぎの場合は、連合会へご連絡ください。）

　　　※**返信用レターパックを必ず同封**してください。同封されない場合、返送はできません。

　　　 返信用レターパックには、宛先（県・市町に届け出ている事業所所在地）をご記載ください。

（4）連合会にて依頼書を受付後、一週間程度で発送致します。

（5）再発行した仮パスワードは事業所台帳に登録されている住所へ郵送します。

※代理人が委任事業所の仮パスワードを再発行したい場合は、委任事業所から連合会へご依頼ください。（再発行依頼書は【障害\_事業所ID用】をご利用ください）

【提出先】

〒850-0025　長崎県長崎市今博多町8-2

長崎県国民健康保険団体連合会　介護保険課

ＴＥＬ：095-826-7293

ＦＡＸ：095-826-7325