**【障害\_代理人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代理人情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人ID | Ｈ | Ｄ | ４ | ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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、電子請求受付システムに登録されている代理人住所又は委任事業所の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