

電子請求受付システム テストID用 【仮】パスワード再発行依頼書

年 月 日提出

静岡県国民健康保険団体連合会
介護保険課 宛

開設者 住所

氏名

印

電子請求受付システム テストID用【仮】パスワードの再発行を依頼します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 (TJ) または 代理人番号 (TD) | T | | 2 | 2 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | — | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | (| |) | — | | | | | | | | | | |

各種パスワードは、**簡易書留**で郵送いたします。

また、再発行にかかる郵送料は事業所様にてご負担いただいております。

送付先を記入した返信用封筒 に 返信用切手460円

(普通郵便料金110円+簡易書留料金350円)

を貼付し同封の上、下記住所へご郵送ください。

〒420-8558

静岡市葵区春日2丁目4番34号

静岡県国民健康保険団体連合会

介護保険課 障害者総合支援係

TEL: 054-253-5580