

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（T J） または 代理人番号（T D）	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ので、
返信用切手434円分（普通郵便料金84円＋簡易書留料金350円）を同封の上、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