

# 電子請求受付システム(仮)パスワード再発行依頼書

令和 年 月 日

岐阜県国民健康保険団体連合会 行

事業所番号	
事業所名	
ユーザーID	HJ
担当者氏名	
連絡先電話番号	
再発行事由	

※証明書発行用パスワードは、本会で発行できません。本会から最初に送付した電子請求登録結果のお知らせがある場合はそのパスワードを使用し、お知らせを紛失した場合は、電子請求受付システム操作マニュアルの証明書発行用パスワード再発行の手順に則って、パスワードを取得してください。

送信先:岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課 障害者支援係  
FAX番号:058-275-7635