令和　　年　　月　　日

**振込額データダウンロード帳票に係る**

**管理者パスワード解除依頼書**

**⑴　保険医療機関等の情報を以下の枠内に全て記入してください。**

　①　保険医療機関等コード

　②　保険医療機関等名称

　③　開設者氏名

④　電話番号

**⑵　以下の注意事項を必ず内容をご確認のうえ、☑を入れてください。**

　⑴の全ての項目に記載漏れがないかご確認ください。

　月末までの到着で、翌月公開分からパスワード設定が解除されます。

　　　 それまでに公開済みの帳票のパスワードは解除されませんので、あらかじめご了承ください。

　パスワード解除のお知らせ等の通知は行っておりませんので、**必ず控えをお取りください。**

**提出方法：郵送又はFAX　※月末までの到着で、翌月公開分からパスワード設定が解除されます。**

**【郵送の場合】**

　　〒540-0028　大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル内

　　　　　　　　 大阪府国民健康保険団体連合会　業務管理課　あて

**【FAXの場合】**

　　FAX送信先：０６－６９４９－５３６３（番号誤りには十分ご注意ください。）