令和　　年　　月　　日

**振込額データダウンロード帳票に係る**

**管理者パスワード設定依頼書**

**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　保険医療機関等名称 ②　保険医療機関等コード

　③　開設者氏名 ④　電話番号

**⑵　新しく設定する管理者パスワードを以下の枠内に記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1桁目 | 2桁目 | 3桁目 | 4桁目 | 5桁目 | 6桁目 | 7桁目 | 8桁目 | 9桁目 | 10桁目 | 11桁目 | 12桁目 | 13桁目 | 14桁目 | 15桁目 | 16桁目 |
| **読み方（カナ）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **パスワード****（半角英数字16桁以内、記号は不可）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **英字で大文字の場合は○を記入****※空白の場合は全て小文字で設定されます。** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　管理者パスワードは、区分「月中」の支払関係帳票（当座口振込通知書等）のダウンロードファイルにのみ設定されます。

※　月末までの到着分に対して、翌月公開分からパスワード設定が反映されます。

**提出方法：郵送又はFAX**

**【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】**０６－６９４９－５３６３

（番号誤りには十分ご注意ください。）

**⑶　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と⑵の全ての項目に記載漏れがないかご確認ください。

　[ ] 　パスワードは**識別可能なようにはっきりと記載**し、**読み方も必ず記載**してください。

　[ ] 　パスワード設定時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。**