令和　　年　　月　　日

**振込額データダウンロード帳票に係る**

**管理者パスワード通知依頼書**

**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。

　[ ] 　この依頼書は、**現在設定中のパスワードを失念等した場合に、パスワードを記載した書面を本会から郵送することによりパスワードの確認を行うためのもの**です。新しく設定するパスワードを発行するものではありませんので、ご注意ください。

**提出方法：郵送又はFAX　※依頼書の内容確認後、設定中のパスワードを記載した書面を郵送します。**

**【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。）