

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

(1) 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	

(2) 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。

- ☐ (1)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：0 6 - 6 9 4 9 - 5 3 6 3 （番号誤りには十分ご注意ください。）