

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 | 12-34567 |
| ② 保険医療機関等名称 | ●●クリニック |
| ③ 開設者氏名 | 国保 太郎 |
| ④ 電話番号 | 012-3456-7890 |

(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: 06-6949-5363 (番号誤りには十分ご注意ください。)