

電子請求受付システム ID・パスワード再発行
及びセキュリティコード設定解除依頼書

大阪府国民健康保険団体連合会 行

いずれかを○で 囲んでください。	障がい (HJ)				代理 (HD)					
事業所又は代理人番号	2	7								
事業所又は代理人名称										
再発行する項目 依頼を希望する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 電子請求受付システムID・パスワードの再発行及び セキュリティコードの設定解除の両方 <input type="checkbox"/> 電子請求受付システムID・パスワードの再発行のみ <input type="checkbox"/> セキュリティコードの設定解除のみ									
再発行・解除事由 再発行・解除事由に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> パスワード不明のため <input type="checkbox"/> ログインできないため <input type="checkbox"/> その他 ()									
障がい福祉サービス事業所で ID・パスワードの再発行を依 頼する場合、必要なものに○ をしてください。	テスト用 (TJ から始まるもの) ・本番用 (HJ から始まるもの)									
担当者名					連絡先					