

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

※依頼を希望する項目に
チェックを入れて下さい。

- 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を依頼します。
- 電子請求受付システム ID・パスワードの再発行のみを依頼します。
- セキュリティコードの設定解除のみを依頼します。

※ 上記のうち、依頼を希望する項目に チェック を入れて下さい。
※該当箇所を○で囲む。

※開設者の住所・法人名
代表者名を記入してください。

囲 い ず れ か を ○ で 。	障がい (HJ)	開設者	法人住所	印鑑登録印 (※法人登録印)
	介 護 (KJ)		法人名	
	代 理 (HD)		代表者名	

※ みなし事業所(医科・歯科・調剤)で法人以外の方へ

開設者及び印鑑については、代表者等を記入し本会への届出印を押印してください。

※事業所又は代理人番号	2	7	×	×	×	×	×	×	×	×
※事業所又は代理人名称	○○法人○○会									
※事業所所在地	〒○○○ —○○○○ 大阪市○○区○○町○丁目○ TEL ×××-×××-××××									
担当者名										
再発行・解除事由										
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)										

※代理請求の場合は HD、事業所で障がい福祉の場合は HJ、介護保険の場合は KJ から始まる番号を記入してください。

注) 代理請求で再発行等を行う場合、「※」欄の箇所については、個人 ID・法人名・法人住所での記入となります。

障がい福祉の事業所に関しては、テスト用・本番用の必要なものに○をしてください。