年　　月　　日

愛媛県国民健康保険団体連合会　御中

**伝送請求用パスワードの再発行依頼書**

・請求種類　　　（　介護　・　障害　　）

・再発行の理由

・事業所番号

※代理人請求の場合はＨＤから始まるユーザＩＤを記載して下さい。

・事業所名

・事業所の住所

・事業所の開設者氏名及び印

　　　　　　　　　　　　　　　　印

1. 返信用封筒（切手を貼付したもの）を同封して下さい。
2. 事業所番号・事業所名の欄は、同一法人で開設者が同じ場合でも再発行を必要とする事業所が複数ある場合は、全ての事業所番号・事業所名を記載して下さい。
3. 証明書発行用パスワードについては、事業所側から電子請求受付システムより再発行処理を行うため依頼書の提出は必要ありません。