

平成 年 月 日

電子請求受付システム ID・パスワード

初期化  
再発行

依頼書

奈良県国民健康保険団体連合会 行

障害 (HJ) } 開設者 法人住所  
介護 (KJ) } いずれかを○で囲む。 法人名  
代理 (HD) } 代表者名

事業所又は代理人番号	2	9								
事業所又は代理人名称										
事業所所在地	〒	—								
	TEL									
担当者名										
再発行理由										
<p><u>障害福祉サービス事業所</u>のテスト用 ID・パスワードを希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>										

※初期化依頼をご提出いただきますと、設定済みのパスワードをリセットし新しいパスワードを発行する事となります。