令和　　年　　月　　日

**電子請求受付システム（仮）パスワード再発行依頼書**

岩手県国保連合会保健介護課　行

事業所名称

代表者名

太枠内をもれなく記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別  （いずれかを○で囲んでください） | 障害（ＨＪ） | | | | 介護（ＫＪ） | | | | 代理人（ＨＤ） | | | |
| 事業所又は代理人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 事業所又は代理人名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 再発行依頼理由 |  | | | | | | | | | | | |
| *連合会使用欄* | *作成* | | | | *発送* | | | | *対応* | | | |

＜送付先＞

〒020-0025　岩手県盛岡市大沢川原3-7-30　国保会館

岩手県国民健康保険団体連合会　保健介護課介護保険係

　　TEL：019（623）4325　　FAX：019（653）2216