

(代理人)

# 電子請求受付システム ユーザID・仮パスワード再発行依頼票

FAX 送信先 083-934-3665

山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 宛

依頼年月日	令和 年 月 日
-------	----------

ユーザID										代理人名	
H	D										
再発行理由											

担当者名	
連絡先（電話番号）	
送付先住所	〒 -