

ＩＤ・(仮)パスワード再発行依頼書

平成 年 月 日

秋田県国民健康保険団体連合会 行

開設者氏名 印

介護保険事業所番号	
事業所名	
事業所所在地	〒 TEL FAX
担当者氏名	
パスワード変更の有無等	有 ・ 無 ・ 不明
請求媒体	ＩＳＤＮ ・ インターネット
(ＩＳＤＮの場合) 接続先電話番号	
再発行事由	