

再発行申請書記載要領

電子請求受付システム ログインパスワード再発行申請書(障害)

東京都国民健康保険団体連合会

再発行対象の事業所番号、事業所名称、電話番号、ご担当者様のお名前をご記入ください。

※この申請書は感染防止対策支援事業(障害)の際に電子請求受付システムへログインできない場合にご利用ください。

感染防止対策支援事業(障害)申請利用のため、
電子請求受付システム(障害)のログインパスワードの再発行を依頼いたします

事業所番号	1	3																	
事業所名称																			
電話番号	()																		
担当者名																			

事業所番号	1	3																	
事業所名称																			
事業所番号	1	3																	
事業所名称																			
事業所番号	1	3																	
事業所名称																			
事業所番号	1	3																	
事業所名称																			

基本は事業所毎の申請となります。
同一法人等で複数の事業所を申請する場合にご活用ください。
また、代理請求を利用されている事業所であって別法人の場合は、
お手数ですが事業所毎の申請をお願いします。

必要事項をすべてご記入いただけましたら **03-6238-0095** までFAXにて送付願います。
再発行のパスワードは原則事業所台帳に登録されている事業所の住所へ郵送いたします。(複数事業所を記載の場合は一番上の事業所へまとめて発送いたします)
※別住所への発送を希望される場合は申請書枠外へ住所記載をお願いします。
内容に不備等ありましたらこちらからご連絡いたします。
再発行処理は順番に処理いたしますので、お時間をいただく場合がございますがご承知おきください。