

代理人(仮)パスワード再発行依頼書

令和 年 月 日

秋田県国民健康保険団体連合会 行

開設者氏名 印

代理人名	
ユーザーID	HD
事業所所在地	〒 TEL FAX
担当者氏名	
再発行事由	

※ 返信用封筒を同封くださるようお願いいたします。

※ 証明書発行用パスワードは、本会で再発行できません。本会から最初に送付した電子請求登録結果のお知らせがある場合はそのパスワードを使用し、お知らせを紛失した場合は、電子請求受付システム操作マニュアルの証明書発行用パスワード再発行の手順に則って、パスワードを取得してください。