

# 代理請求用 パスワード再発行依頼書

※ 返信用封筒を送付する際、こちらの様式を同封してください。

依頼日	年	月	日
代理請求 I D	H	D	4 6 0 0 0
法人名			
代理人所在地	〒		
ご担当者名			
連絡先	(TEL) — —		

【注意事項】

- ☐ FAX による受付はできません。
- ☐ 再発行依頼書をご記入いただき、返信用封筒（返送先の住所を記載し、必要額の切手を貼付）と併せて下記送付先へ郵送してください。必要書類が届き次第、再発行したパスワードを郵送いたします。

送付先 〒890-0064  
鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号（市町村自治会館 5 階）  
鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 宛