

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