

常務理事	事務長	担当者

事業所担当者

Web版「医療費のお知らせ」パスワード初期化申請書

被保険者等	記号		番号	
被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	
			☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	
住 所	〒	-	☎	- -
事業所名称				
上記の通り申請します。 令和 年 月 日				

- ◆ パスワード初期化完了の通知はいたしません。
- ◆ 通常、申請書到着後2～3日で処理が完了しますので、各自でご確認の上、パスワードの再設定をお願いいたします。

受 付 印