

平成 年 月 日

香川県国民健康保険団体連合会

介護保険課 宛

事業所番号 _____

事業所名 _____

電話番号 _____

パスワードの再発行依頼

このたび、パスワードを紛失（忘れた）しましたので、パスワードの再発行をお願い致します。

※FAX番号 087-822-7455

発送日 _____