**退職共済電子届出システムのログインに係る問い合わせ票**

電子届出システムのログインに関する問い合わせやご質問のある方は、

必要事項（**※は必須項目**）を記入の上、下記までお送りください。

（問い合わせ内容により、対応までに数日いただく場合があります）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日（※） | 令和　　 年　　 月　　 日 |
| 共済契約者名（※） |  |
| 本部所在地（※） | （都道府県市区町村名のみご記入ください）  　　　　　　　都道府県　　　　　　　　市区町村（郡） |
| 利用ＩＤ（※） | ＢＶＡ |
| ご担当者氏名（※） |  |
| 連絡先電話番号（※） |  |
| 連絡先ＦＡＸ番号 |  |
| 問い合わせ内容（※） | （「ログインパスワードが分からない」等） |

送信先　ＦＡＸ番号　０３－３４３８－０５８４

送信先名称　独立行政法人福祉医療機構　共済部（退職共済課　企画係）