

電子請求受付システム電子証明書

発行申請取下げ・失効依頼書

大阪府国民健康保険団体連合会 行

※開設者の住所・法人名・代表者名を記入してください。

障害(HJ)

※該当箇所を○で囲む。T J の場合も HJ に○印をしてください。

人住所 大阪市○○区○○町○丁目○

印鑑登録印
(※法人登録印)

介護(KJ)

いずれかを○で囲む。

法人名 ○○法人○○会

代理(HD)

代表者名 理事長 国保 太郎

ケアプラン

※代理請求の場合はHD、事業所で障害福祉の場合はHJ、介護保険の場合はKJから始まる番号を記入してください。

人以外の方へ
等を記入し本会への届出印を押印してください。

電子請求受付
を依頼します。

※本会へ届出されている印鑑を押印してください。

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 事業所又は代理人番号 ユーザID | 2 | 7 | | | | | | | | | |
| 事業所又は代理人名称 | | | | | | | | | | | |
| 電子証明書申請年月日 | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 取下げ・失効理由 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請誤りのため 2. 廃止のため 3. 代理請求のため 4. その他() | | | | | | | | | | |
| 担当者 | ※該当する番号を○で囲む。その他の場合は()内に記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | |

注) 代理請求で取下げ・失効を行う場合、「※」欄の箇所については、代理人ID・法人名・代理人の証明書申請年月での記入となります。