

## 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

障 害(HJ) 介 護(KJ) 代 理(HD) ケアプラン	}	いずれかを○で囲む。	開設者 法人住所 法人名 代表者名	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">                             印鑑登録印                              (※法人登録印)                         </td> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"> </td> </tr> </table>	印鑑登録印 (※法人登録印)	
印鑑登録印 (※法人登録印)						
※みなし事業所(医科・歯科・調剤)で法人以外の方へ 開設者及び印鑑については、代表者等を記入し本会への届出印を押印してください。						

電子請求受付システムにおける電子証明書について、下記のとおり発行申請の取下げ・失効を依頼します。

※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	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	
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。