

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

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。

いずれかを○で 囲んでください。	介護 (KJ)		障がい (HJ)			代理 (HD)		ケアプラン	
	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 該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 申請誤りのため <input type="checkbox"/> 廃止のため <input type="checkbox"/> 代理請求のため <input type="checkbox"/> その他 ()								
担当者名	連絡先								