|  |  |
| --- | --- |
| **受付番号** |  |

平成 　　年 　　月 　　日

**電子請求受付システム**

**電子証明書失効申請書（代理人請求用）**

**長崎県国民健康保険団体連合会**

**理事長　様**

**申請者　　住　所**

**法人名**

**代表者　　　　　　　　　　　　　　　印**

**下記の理由により、電子証明書の失効を申請します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ユーザID****（必須）** | **H** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **―** |  |  |
| **法人名（必須）** | **（カナ）** |
|  |
| **証明書申請者名****（必須）** | **（カナ）** |
|  |
| **郵便番号（必須）** | **〒　　　　－** |
| **住所（必須）** | **（カナ）** |
|  |
| **電話番号（必須）** |  |
| **FAX番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **有効期限** | **平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日** |
| **失効年月日** | **平成　　年　　月　　日** |
| **失効理由** |  |

＜国保連合会記入欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 平成　　年　　月　　日 | 担当者 |  |
| 失効年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 手数料残高 |  |

**記載例**

|  |  |
| --- | --- |
| **受付番号** |  |

平成 ２７ 年 ４ 月 １ 日

**電子請求受付システム**

**電子証明書失効申請書（代理人請求用）**

**長崎県国民健康保険団体連合会**

**理事長　様**

**申請者　　住　所**○○県△△市◇◇１－２－３

**法人名**△△△法人

**代表者**代理　太郎　　　　　　　　　**印**

**下記の理由により、電子証明書の失効を申請します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ユーザID****（必須）** | **H** | **D** | **２** | **２** | **２** | **２** | **２** | **２** | **２** | **２** | **２** | **２** | **―** | **０** | **０** |
| **法人名(必須)** | **（カナ）サンカクサンカクサンカクホウジン** |
| **△△△法人** |
| **証明書申請者名****（必須）** | **（カナ）ダイリ　タロウ** |
| **代理　太郎** |
| **郵便番号（必須）** | **〒 １１１ – １１１１** |
| **住所（必須）** | **（カナ）マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク** |
| **○○県△△市◇◇１－２－３** |
| **電話番号（必須）** | **９９９－９９９－９９９９** |
| **FAX番号** | **９９９－９９９－９９９９** |
| **メールアドレス** | **dairinin@jp** |
| **有効期限** | **平成 27 年 4 月 1 日　～　平成 30 年 3 月 31 日** |
| **失効年月日** | **平成 27 年 5 月 1 日** |
| **失効理由** | **代理請求期間の終了に伴い、証明書が不要となったため。** |

＜国保連合会記入欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 平成　　年　　月　　日 | 担当者 |  |
| 失効年月日 | 平成　　年　　月　　日 | 手数料残高 |  |