

受付番号

平成28年 4月26日

電子請求受付システム  
代理人登録申請却下依頼書

奈良県国民健康保険団体連合会 理事長 松井 正剛 様

開設者 住所 ○○県△△市◇◇1-2-3  
法人名 △△事業所  
代表者 事業者 次郎

下記の理由により、代理人登録申請の取り消しを依頼しま

管理番号には「D」を除いた、数字のみご記入ください。

管理番号(必須)	2	0	1	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1
すでに代理人登録済みの場合の【代理人ID】(必須) 新規の場合は空欄になります。	H	D	2	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
法人名 (必須) ※1	(カナ) サンカクサンカクジギョウシヨ △△事業所													
代表者名 (必須) ※1	(カナ) ジギョウシャ ジロウ 事業者 次郎													
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													
担当者名	担当 花子													
FAX番号	999-999-9999													
メールアドレス	jigyousya@jp													
事業所番号	2	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
却下理由	事業所の廃止に伴い不要となったため。													

※1 却下する電子証明書の発行申請者が代理人の場合は、法人名、証明書申請者名を記載する。

&lt;国保連合会記入欄&gt;

受付日	平成	年	月	日	担当者	
却下年月日	平成	年	月	日		

受付番号

平成 年 月 日

# 電子請求受付システム 代理人登録申請却下依頼書

奈良県国民健康保険団体連合会 理事長 松井 正剛 様

開設者 住所  
法人名  
代表者

印

下記の理由により、代理人登録申請の取り消しを依頼します。

管理番号	
すでに代理人登録済みの場合の 【代理人ID】(必須) 新規の場合は空欄になります。	
法人名 (必須) ※1	(カナ)
代表者名 (必須) ※1	(カナ)
郵便番号(必須)	〒 -
住所(必須)	(カナ)
電話番号(必須)	
担当者名	
FAX番号	
メールアドレス	
事業所番号	
却下理由	

※1 却下する代理請求申請書と同じ内容を記載して下さい。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
却下年月日	平成 年 月 日		