

受付番号

平成26年11月 1日

電子請求受付システム
電子証明書申請取り消し依頼

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 **〇〇県△△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、電子証明書の失効を申請します。

ユーザID (必須)	K	J	2	9	2	9	1	1	1	1	1	1	1
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ) サンカクサンカクジギョウシャ △△事業所												
代表者名または 証明書申請者名 (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 〇〇県△△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	jigyousya@jp												
事業所番号	2	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
有効期限	平成26年11月 1日～平成29年11月1日												
失効年月日	平成26年12月 1日												
失効理由	事業所の廃止に伴い証明書が不要となったため。												

介護保険単体で申請している場合、
KJから始まるユーザID
障害者総合事業単体で申請している場合、
HJから始まるユーザID
代理人として申請している場合は
HDから始まるユーザID
を記入ください。

※1 失効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。

<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	

受付番号

平成 年 月 日

電子請求受付システム 電子証明書申請取り消し依頼

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、電子証明書の失効を申請します。

ユーザID (必須)	
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ)
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1	(カナ)
郵便番号(必須)	〒 -
住所(必須)	(カナ)
電話番号(必須)	
FAX番号	
メールアドレス	
事業所番号	

※1 取下げを行う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。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	