電子請求受付システム申請取下げ等依頼書

令和　　年　　月　　日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課　行

開設者氏名又は
代理人申請者　　印

事業所番号又は 代理人番号 ※該当する先頭２桁に ○をつけて下さい	ＫＪ ＨＤ ＨＪ	０	４									
事業所名称又は 代理人名称	（担当者名　　）											
事業所所在地又は 代理人所在地	〒　　－ （電話番号：　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:　　）											
依頼内容 （該当項目に ○をつけて下さい）		代理人（登録・変更・追加登録・委任追加・委任期間・削除） 申請の取下げ （管理番号：Ｄ　　） （20　　/　　/　　依頼分）										
		電子証明書（発行申請の取下げ・失効依頼） （20　　/　　/　　依頼・発行分）										
		電子証明書発行手数料の相殺中止 （20　　/　　/　　発行分） ※請求書の送付先住所（開設者又は事業所等）を備考欄に記載ください。										
理由												
備考												

※本依頼書は、捺印の上必ず国保連合会に提出してください。

連合会使用欄	受付日　　/	処理日　　/	担　当