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　　印

<table>
<tr><td>事業所番号又は
代理人番号</td><td>ＨＪ
ＨＤ</td><td>０</td><td>４</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>事業所名称又は
代理人名称</td><td colspan="12">（担当者名　　）</td></tr>
<tr><td>事業所所在地又は
代理人所在地</td><td colspan="12">〒　　－
（電話番号：　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">依頼内容
（該当項目に
○をつけて下さい）</td><td></td><td colspan="11">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）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="11">電子証明書（発行申請の取下げ・失効依頼）
（20　　/　　/　　依頼・発行分）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="11">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。</td></tr>
<tr><td>理由</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="12"></td></tr>
</table>

※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