

電子請求受付システム申請取下げ等依頼書

平成 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

事業所番号又は 代理人番号	H J	0	4								
	H D										
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: メールアドレス:)										
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
--------	-------	-------	----