

令和 年 月 日

電子請求受付システム 電子証明書失効申請書

岐阜県国民健康保険団体連合会
理事長 水野 光二 様

申請者 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(必須)	
有効期限(必須)	年 月 日 ~ 年 月 日
失効年月日	年 月 日
失効理由	

※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	令和 年 月 日	担当者	
失効年月日	令和 年 月 日	手数料残高	

記載例

[事業所が証明書を失効する場合]

令和3年7月1日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

岐阜県国民健康保険団体連合会
理事長 水野 光二 様

申請者 住所 岐阜県△△市◇◇1-2-3
法人名 〇〇〇法人 △△会
代表者 事業所 一郎



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)	<u>H</u> <u>J</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u>
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ) <u>サンカクサンカクジギョウシヨ</u> <u>△△事業所</u>
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1	(カナ) <u>ジギョウシヨ イチロウ</u> <u>事業所 一郎</u>
郵便番号(必須)	<u>〒111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>999-999-9999</u>
FAX番号	<u>999-999-9999</u>
メールアドレス	<u>jigyousyo@jp</u>
事業所番号(必須)	<u>2</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>1</u>
有効期限(必須)	2021年2月1日~2024年2月1日
失効年月日	2021年7月1日
失効理由	<u>当分請求する予定がないため。</u>

※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	年 月 日	担当者	
失効年月日	年 月 日	手数料残高	

記載例

[代理人が証明書を失効する場合]

令和3年7月1日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

岐阜県国民健康保険団体連合会
理事長 水野 光二 様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3
法人名 △△△法人
代表者 代表 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)	<u>H</u> <u>D</u> <u>1</u> <u>3</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> <u>9</u>
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>999-999-9999</u>
FAX番号	<u>999-999-9999</u>
メールアドレス	<u>dairinin@jp</u>
事業所番号	<input type="text"/> ● 代理人の場合は、記載不要。
有効期限	<u>2019</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日～ <u>2022</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日
失効年月日	<u>2019</u> 年 <u>6</u> 月 <u>1</u> 日
失効理由	<u>代理請求期間の終了に伴い証明書が不要となったため。</u>

※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	年 月 日	担当者	
失効年月日	年 月 日	手数料残高	