令和 年 月 日

電子証明書発行申請取り下げ依頼書

令和 年 月 日に申請しました電子証明書の発行申請の取り下げを
依頼します。

ユーザ ID	
事業所名 (法人名※)	
担当者名	
連絡先	

※代理人ユーザ ID で申請した場合、法人名（代理人名）を記載

<送付先>

岐阜県国民健康保険団体連合会
介護・障害課 障害者支援係

FAX 058-275-7635