|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

　 年 月 日

電子請求受付システム

電子証明書失効申請書

三重県国民健康保険団体連合会　保健介護福祉課　行

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | － －  |
| 事業所番号（事業所は必須） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期限  |  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＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 処理日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 手数料残高 |  | 処理結果 |  |

［事業所が証明書を失効する場合］

記載例

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和4年5月1日

電子請求受付システム

電子証明書失効申請書

三重県国民健康保険団体連合会　保健介護福祉課　行

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所　○○県△△市◇◇1－1－1法人名　○○○法人　△△会代表者　事業者　太朗　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 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) | K | J | ２ | ４ | ２ | ４ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 事業所名または、法人名(必須)　※１ | (カナ)　サンカクサンカクジギョウショ |
| △△事業所 |
| 代表者名または証明書申請者名(必須)　　※１ | (カナ)ジギョウシャ　ジロウ |
| 事業者　次郎 |
| 郵便番号(必須) | 〒111－1111 |
| 住所(必須) | (カナ)　マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク |
| ○○県△△市◇◇1－2－3 |
| 電話番号(必須) | 999－999－9999 |
| ＦＡＸ番号 | 999－999－9999 |
| 事業所番号（事業所は必須） | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |  |
| 有効期限  | 令和4年4月1日～令和7年3月31日 |
| 失効理由 | 事業所の廃止に伴い証明書が不要となったため。 |

※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＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 処理日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 手数料残高 |  | 処理結果 |  |

［代理人が証明書を失効する場合］

記載例

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

令和4年5月1日

電子請求受付システム

電子証明書失効申請書

三重県国民健康保険団体連合会　保健介護福祉課　行

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所　○○県△△市◇◇1－2－3法人名　△△△法人代表者　代理　次郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 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) | H | D | ２ | ４ | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |  |  |
| 事業所名または、法人名(必須)　※１ | (カナ)　サンカクサンカクサンカクホウジン |
| △△△法人 |
| 代表者名または証明書申請者名(必須)　　※１ | (カナ)ダイヒョウ　ジロウ |
| 代表　次郎 |
| 郵便番号(必須) | 〒111－1111 |
| 住所(必須) | (カナ)　マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク |
| ○○県△△市◇◇1－2－3 |
| 電話番号(必須) | 999－999－9999 |
| ＦＡＸ番号 | 999－999－9999 |
| 事業所番号（事業所は必須） |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 代理人の場合は、記載不要。 |  |
| 有効期限  | 令和4年4月1日～令和7年3月31日 |
| 失効理由 | 代理請求期間の終了に伴い証明書が不要となったため。 |

※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＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 |  | 処理日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 手数料残高 |  | 処理結果 |  |