|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |