

受付番号

平成 年 月 日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

岡山県国民健康保険団体連合会 理事長 近藤 隆則 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	
有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日
失効年月日	平成 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	平成 年 月 日	担当者	
失効年月日	平成 年 月 日	手数料残高	