受付番号	

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

岡山県国民健康保険団体連合会　御中

申請者　　住　所
法人名
代表者

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	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	