

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 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	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	

