

# 電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

茨城県国民健康保険団体連合会  
理事長 大久保 太一 殿

申請者 住所  
(代理人) 法人名  
代表者

印

障害者自立支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人の登録を申請します。

法人名 (必須)		(カナ)
役職・部署名		(カナ)
氏名 または代表者名(必須)		(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		
		(代理人が事業所の場合に記入)
ユーザID	テスト用	T -
		(他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)
	本番用	H -
		(他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)

< 国保連合会記入欄 >

受付日	平成 年 月 日	担当者	
登録日	平成 年 月 日	テスト用ユーザID	
登録日	平成 年 月 日	本番用ユーザID	