

電子請求受付システム 代理請求申請書 (新規・変更・委任期間変更)

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、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

(1 /)

代理人	ユーザID	テスト用	T											-	
	1	本番用	H											-	
	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)														
事業所	事業所名称														
	事業所番号														
	ユーザID	テスト用	T											-	
		本番用	H											-	
	委任開始年月		平成 年 月												
	委任終了年月		平成 年 月												
	委任状の添付		有 無												

1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

< 国保連合会記入欄 >

受付日	平成 年 月 日	担当者	
設定日	平成 年 月 日		

事業所	事業所名称																		
	事業所番号																		
	ユーザID	テスト用	T															-	
		本番用	H															-	
	委任開始年月		平成 年 月																
	委任終了年月		平成 年 月																
	委任状の添付		有 無																
事業所	事業所名称																		
	事業所番号																		
	ユーザID	テスト用	T															-	
		本番用	H															-	
	委任開始年月		平成 年 月																
	委任終了年月		平成 年 月																
	委任状の添付		有 無																
事業所	事業所名称																		
	事業所番号																		
	ユーザID	テスト用	T															-	
		本番用	H															-	
	委任開始年月		平成 年 月																
	委任終了年月		平成 年 月																
	委任状の添付		有 無																
事業所	事業所名称																		
	事業所番号																		
	ユーザID	テスト用	T															-	
		本番用	H															-	
	委任開始年月		平成 年 月																
	委任終了年月		平成 年 月																
	委任状の添付		有 無																
事業所	事業所名称																		
	事業所番号																		
	ユーザID	テスト用	T															-	
		本番用	H															-	
	委任開始年月		平成 年 月																
	委任終了年月		平成 年 月																
	委任状の添付		有 無																