様式4－4

受付番号	

平成　年　月　日

電子請求受付システム
代理人登録申請書（変更・削除）

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おいて、

代理人登録した内容を次のとおり ・変更したい ・削除したい ので申請します。

ユーザID ※1	テスト用	T　　－	
	本番用	H　　－	
法人名（必須）		（カナ）	
役職・部署名		（カナ）	変更箇所にレ印
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）	

※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	
	平成　年　月　日		