様式6

受付番号	

平成　年　月　日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

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
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）	テスト用	T　　－
	本番用	H　　－
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		平成　年　月　日～平成　年　月　日
失効年月日		平成　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	平成　年　月　日	担当者	
失効年月日	平成　年　月　日	手数料残高	