

**代理請求  
各種帳票と記載例**

	申請パターン	申請手続きの流れ	参照頁
			記載例
パターン1	代理人を新規登録し、 代理請求の新規申請を行う場合	代理人を新規申請する場合	付 - 1 ~ 4
パターン2	代理請求の新規申請 (代理人が登録済みの場合)	代理請求の追加申請を行う場合	付 - 5 ~ 8
パターン3	代理人の登録申請書を行った後、 法人名の変更が発生した場合	登録した代理人情報を変更する 場合	付 - 9 ~ 15
パターン4	法人名以外の代理人情報を 変更する場合		付 - 16 ~ 18
パターン5	委任期間を変更 (委任終了期間を延長)する場合	代理請求期間(委任期間)を 変更する場合	付 - 19 ~ 21
パターン6	委任期間を変更 (委任終了期間を短縮)する場合		付 - 22 ~ 25

記載例

[ 代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合 ]

受付番号  

平成 19年 7月 1日

電子請求受付システム  
代理人登録申請書(新規)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所 県 市 1-2-3  
(代理人) 法人名 法人  
代表者 代理 次郎



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) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>法人</u>	表 1 - 3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。
役職・部署名	(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>	
氏名 または代表者名(必須)	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>	
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>	
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>県 市 1-2-3</u>	登録内容について確認が取れる連絡先を記載する。
電話番号(必須)	<u>999 - 999 - 9999</u>	
FAX番号	<u>999 - 999 - 9999</u>	電子請求受付システムからのお知らせをメールで受信する場合に記載する。
メールアドレス	<u>dairinin@jp</u>	
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 ..... - .....
	本番用	H ..... - .....

< 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	

記載例

[ 代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合 ]

受付番号  

平成 19 年 7 月 1 日

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)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

表 1 - 3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。

申請者 住所 県 市 1-2-3  
(代理人) 法人名 法人  
代表者 代理 次郎



代理人の新規登録の場合は、必要なし。

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 / 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)	<u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>												
				<u>法人</u>												
	役職・部署名		(カナ)	<u>リジチョウ</u>												
				<u>理事長</u>												
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ)	<u>ダイヒョウ ジロウ</u>												
			<u>代表 次郎</u>													
郵便番号(必須)		〒	<u>111 - 1111</u>													
住所(必須)		(カナ)	<u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>													
			<u>県 市 1-2-3</u>													
電話番号(必須)			<u>999 - 999 - 9999</u>													

変更箇所にレ印

委任状の事業所名称を記載する。

都道府県から指定された事業所番号を記載する。

事業所	事業所名称		<u>事業所</u>														
	事業所番号		<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u>														
	ユーザID	テスト用	T	<u>J</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
		本番用	H	<u>J</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月														
	委任終了年月		平成 <u>99</u> 年 <u>99</u> 月														
委任状の添付		<u>有 無</u>															

国保連合会より事業所宛に通知されたテストID, IDを記載する。

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	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"> </span>
設定日	平成 年 月 日		

委任の終了年月を取り決めない場合は、平成 99 年 99 月と記入する。

記載例

[ 代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合 ]

平成 19 年 7 月 1 日

委 任 状

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

事業者 住 所        県        市 1-1-1  
          法人名        法人        会  
          代表者 事業者 太郎

印

口座登録用紙に記載した事業所名称を記載する。

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>      </u> 事業所
	事業所番号	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>0</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月 ~ 平成 年 月

委任期間を設定する。  
期限がない場合は、不要。

委任先 (代理人)	法人名	<u>      </u> 法人
	役職・部署名	<u>理事長</u>
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>

印

表 1 - 3 「押印で使用する印鑑の種類  
と必要な添付書類」を参照し、押印する。

記載例

[ 代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合 ]

国民健康保険団体連合会 課様

平成 19年 7月 1日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

今回行う代理請求の申請パターンに  
をマークする。

< 申請パターン >

	申請パターン
● パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
パターン2	代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)
パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に をマーク

今回提出する申請書類の枚数を書類別に記載する。

< 提出する申請書類 >

代理人登録申請書	新規( <u>1</u> 通)	変更( 通)	削除
代理請求申請書	新規( <u>1</u> 通)	変更( 通)	委任期間( 通)
委任状	<u>1</u> 通	同一事業者( <u>第三者</u> )	地方自治体

「1.2代理請求の対象者」を参考に  
該当の代理人種別に をマークする。

< 担当者 >

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u> <u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サプロウ</u> <u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>県 市 1 - 2 - 3</u>
電話番号(必須)	<u>888 - 888 - 8888</u>
連絡欄	<u>不在の場合は、担当花子までお問い合わせ下さい。</u>

国保連合会への連絡事項等が  
あれば記載する。

申請内容について確認が取れる  
担当者の情報を記載する。

記載例

[ 代理請求の新規申請(代理人登録済みの場合) ]

受付番号  

平成 19 年 7 月 1 日

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)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所 県 市 1-2-3  
(代理人) 法人名 法人  
代表者 代理 次郎



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 / 2)

代理人	ユーザID	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	1	本番用	H	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	法人名(必須)		(カナ) サンカクサンカクサンカクハウジン 法人															
	役職・部署名		(カナ) リジチョウ 理事長															
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ) ダイヒョウ ジロウ 代表 次郎															
	郵便番号(必須)		〒 111 - 1111															
	住所(必須)		(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク 県 市 1-2-3															
	電話番号(必須)		999 - 999 - 9999															
事業所	事業所名称		事業所															
	事業所番号		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2															
	ユーザID	テスト用	T	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
		本番用	H	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
	委任開始年月		平成 20 年 1 月															
	委任終了年月		平成 30 年 12 月															
委任状の添付		有 無																

変更箇所にレ印

追加で委任する事業所を全て記載する。

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		

記載例

[ 代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合) ]

(2 / 2)

事業所	事業所名称	____ 事業所															
	事業所番号	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
	ユーザID	テスト用	T	J	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	-	0	0
		本番用	H	J	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	-	0	0
	委任開始年月	平成 19 年 10 月															
	委任終了年月	平成 99 年 99 月															
	委任状の添付	__ 有 無															
事業所	事業所名称	×× 事業所															
	事業所番号	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
	ユーザID	テスト用	T	J	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	0	0
		本番用	H	J	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	0	0
	委任開始年月	平成 20 年 6 月															
	委任終了年月	平成 25 年 6 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															

委任する事業所が複数ある場合は、この様式を使用する。

記載例

[ 代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合) ]

追加で委任する事業所分を提出する。

平成 19 年 7 月 1 日

委 任 状

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

事業者 住 所        県        市        2 - 2 - 2  
法人名        法人        会  
代表者 事業者 太郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>      </u> 事業所
	事業所番号	<u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u>
	委任期間	平成 <u>20</u> 年 <u>1</u> 月 ~ 平成 <u>30</u> 年 <u>12</u> 月

委任先 (代理人)	法人名	<u>      </u> 法人
	役職・部署名	<u>理事長</u>
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>



記載例

[ 代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合) ]

国民健康保険団体連合会 課様

平成 19年 7月 1日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

< 申請パターン >

		申請パターン
	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
	パターン2	代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)
	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に をマーク

< 提出する申請書類 >

代理人登録申請書	新規( 通)	変更( 通)	削除( 通)
代理請求申請書	新規( 1通)	変更( 通)	委任期間( 通)
委任状	1通	同一事業者	第三者 地方自治体

< 担当者 >

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>
	<u>法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サプロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>県 市 1 - 2 - 3</u>
電話番号(必須)	<u>888 - 888 - 8888</u>
連絡欄	

**記載例**

[ 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合(新法人用) ]

受付番号

平成 19年 7月 1日

**電子請求受付システム  
代理人登録申請書(新規)**

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所        県        市 1-2-3  
(代理人) 法人名 新        法人  
代表者 代理 次郎



新法人で記載し、押印する。

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) <u>シンシカクシカクシカクホウジン</u> <u>新</u> <u>      </u> 法人
役職・部署名	(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>
氏名 または代表者名(必須)	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表</u> <u>次郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>      </u> 県 <u>      </u> 市 <u>1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>999 - 999 - 9999</u>
FAX番号	<u>999 - 999 - 9999</u>
メールアドレス	<u>dairinin@jp</u>
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 ..... - .....
	本番用 H ..... - .....

< 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	

記載例

[ 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合(新法人用) ]

受付番号                     

平成 19 年 7 月 1 日

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)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所            県            市            1 - 2 - 3  
(代理人) 法人名 新           法人  
代表者 代理 次郎



新法人で記載し、押印する。

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 / 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)	<u>シンシカクシカクシカクホウジン</u>													
				<u>新          </u> 法人													
	役職・部署名		(カナ)	<u>リジチョウ</u>													
				<u>理事長</u>													
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ)	<u>ダイヒョウ ジロウ</u>													
			<u>代表 次郎</u>														
郵便番号(必須)		〒	<u>111 - 1111</u>														
住所(必須)		(カナ)	<u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>														
			<u>          </u> 県 <u>          </u> 市 <u>          </u> 1 - 2 - 3														
電話番号(必須)			<u>999 - 999 - 9999</u>														
事業所	事業所名称			<u>          </u> 事業所													
	事業所番号			<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>				
	ユーザID	テスト用	T	<u>J</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
		本番用	H	<u>J</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
	委任開始年月			平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月													
	委任終了年月			平成 <u>99</u> 年 <u>99</u> 月													
委任状の添付			<u>有</u> 無														

変更箇所にレ印

新法人での委任期間を記載する。

委任を受けている事業所を全て記載する。

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		

記載例

[ 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合(新法人用) ]

委任を受けている事業所分を提出する。

平成 19 年 7 月 1 日

委 任 状

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

事業者 住 所        県        市   1-1-1    
法人名        法人        会  
代表者 事業者 太郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>      </u> 事業所
	事業所番号	<u>  1  </u> <u>  2  </u> <u>  3  </u> <u>  4  </u> <u>  5  </u> <u>  6  </u> <u>  7  </u> <u>  8  </u> <u>  9  </u> <u>  0  </u>
	委任期間	平成 <u> 19 </u> 年 <u> 10 </u> 月 ~ 平成 年 月

新法人での委任期間を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>新      </u> 法人
	役職・部署名	<u>理事長</u>
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>



**記載例**

[ 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合(旧法人用) ]

受付番号  

平成 19年 7月 1日

**電子請求受付システム  
代理人登録申請書(変更・削除)**

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所        県        市 1-2-3  
(代理人) 法人名        法人  
代表者 代理 次郎

表 1-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。



旧法人で記載し、押印する。

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 <u>D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 0 0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)	変更箇所 に レ 印
	本番用	H <u>D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 0 0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)	
法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>      </u> 法人	
役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>	
氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>	
郵便番号(必須)		〒 <u>111 - 1111</u>	
住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>      </u> 県 <u>      </u> 市 <u>1-2-3</u>	
電話番号(必須)		<u>999 - 999 - 9999</u>	
FAX番号		<u>999 - 999 - 9999</u>	
メールアドレス		<u>dairinin@jp</u>	
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	
変更・削除日	平成 年 月 日		

**記載例**

[ 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合(旧法人用) ]

受付番号  

平成 19 年 7 月 1 日

**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)**

国民健康保険団体連合会  
 理事長 様

申請者 住所 県 市 1-2-3  
 (代理人) 法人名 法人  
 代表者 代理 次郎



旧法人で記載し、押印する。

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 / 1)

代理人	ユーザID	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	1	本番用	H	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>															
			<u>法人</u>															
	役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>															
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>															
	郵便番号(必須)		〒 <u>111 - 1111</u>															
住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>県 市 1-2-3</u>																
電話番号(必須)		<u>999 - 999 - 9999</u>																
事業所	事業所名称		<u>事業所</u>															
	事業所番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0						
	ユーザID	テスト用	T	J	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
		本番用	H	J	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>8</u> 月															
	委任終了年月		平成 <u>19</u> 年 <u>9</u> 月															
委任状の添付		<u>有 無</u>																

委任を受けている事業所を全て記載する。

委任期間を変更する事業所を記載する。(申請時の内容を記載する。)

旧法人での委任終了年月を記載する。

委任期間を変更した委任状が必要となる。

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		

記載例

[ 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合(旧法人用) ]

委任を受けている事業所分を提出する。

平成 19年 7月 1日

委 任 状

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

事業者 住 所        県        市   1-1-1    
法人名        法人        会  
代表者 事業者 太郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>      </u> 事業所
	事業所番号	<u>  1  </u> <u>  2  </u> <u>  3  </u> <u>  4  </u> <u>  5  </u> <u>  6  </u> <u>  7  </u> <u>  8  </u> <u>  9  </u> <u>  0  </u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>8</u> 月 ~ 平成 <u>19</u> 年 <u>9</u> 月

旧法人での委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>      </u> 法人	印
	役職・部署名	<u>理事長</u>	
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>	

**記載例**

〔 代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合 〕

国民健康保険団体連合会 課様

平成 19 年 7 月 1 日

**代理請求申請書類送付状**

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

## &lt; 申請パターン &gt;

		申請パターン
	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
	パターン2	代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)
	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に をマーク

## &lt; 提出する申請書類 &gt;

代理人登録申請書	新規( 1通)	変更( 通)	削除( 1通)
代理請求申請書	新規( 1通)	変更( 通)	委任期間( 1通)
委任状	2通	同一事業者	<u>第三者</u> 地方自治体

## &lt; 担当者 &gt;

法人名(必須)	(カナ) <u>シンシカクシカクシカクホウジン</u>
	新 <u>      </u> 法人
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サプロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>      </u> 県 <u>      </u> 市 <u>1 - 2 - 3</u>
電話番号(必須)	<u>888 - 888 - 8888</u>
連絡欄	



記載例

[ 法人名以外の代理人情報を変更する場合 ]

受付番号  

平成 19 年 7 月 1 日

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)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所 県 市 9-9-9  
(代理人) 法人名 法人  
代表者 代表 三郎



変更後の情報を記載する。

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 / 1 )

代理人	ユーザID	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	1	本番用	H	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>法人</u>														
	役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>														
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ サブロウ</u> <u>代表 三郎</u>														
	郵便番号(必須)		〒 <u>111 - 9999</u>														
	住所(必須)		(カナ) <u>シカクシカクケン マルマルシ サンカクサンカク</u> <u>県 市 9-9-9</u>														
	電話番号(必須)		<u>111 - 111 - 1111</u>														
事業所	事業所名称		<u>事業所</u>														
	事業所番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0					
	ユーザID	テスト用	T	J	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
		本番用	H	J	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月														
	委任終了年月		平成 <u>99</u> 年 <u>99</u> 月														
委任状の添付		<u>有 無</u>															

変更箇所にレ印をマークする。

変更箇所にレ印

委任を受けている事業所を全て記載する。

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		

記載例

[ 法人名以外の代理人情報を変更する場合 ]

国民健康保険団体連合会 課様

平成 19 年 7 月 1 日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

< 申請パターン >

		申請パターン
	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
	パターン2	代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)
	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に をマーク

< 提出する申請書類 >

代理人登録申請書	新規( 通)	変更( 1通)	削除( 通)
代理請求申請書	新規( 通)	変更( 1通)	委任期間( 通)
委任状	通	同一事業者	第三者

< 担当者 >

法人名 (必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>
	<u>法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サプロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>県 市 1 - 2 - 3</u>
電話番号(必須)	<u>111 - 111 - 1234</u>
連絡欄	

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合 ]

受付番号

平成 19 年 7 月 1 日

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**)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所 県 市 1-2-3  
(代理人) 法人名 法人  
代表者 代理 次郎



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 / 1)

ユーザID 1	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0		
	本番用	H	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0		
法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>法人</u>																
役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>																
氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>																
郵便番号(必須)		〒 <u>111 - 1111</u>																
住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>県 市 1-2-3</u>																
電話番号(必須)		<u>999 - 999 - 9999</u>																
		委任期間を変更する事業所を記載する。 (申請時の内容を記載する。)																
事業所	事業所名称		<u>事業所</u>															
	事業所番号		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2															
	ユーザID	テスト用	T	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
		本番用	H	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月															
委任終了年月		平成 <u>21</u> 年 <u>12</u> 月																
委任状の添付		<u>有 無</u>																
		変更する委任終了年月を記載する。																
		委任期間を変更した委任状が必要となる。																

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		

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合 ]

平成 19 年 7 月 1 日

委 任 状

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

事業者 住 所        県        市        1-1-1  
法人名        法人        会  
代表者        事業者        太郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>      </u> 事業所
	事業所番号	<u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> ~ 平成 <u>21</u> 年 <u>12</u> 月

変更する委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>      </u> 法人	印
	役職・部署名	<u>      </u> 理事長	
	氏名または 代表者名	<u>      </u> 代表 次郎	

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合 ]

国民健康保険団体連合会 課様

平成 19年 7月 1日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

< 申請パターン >

		申請パターン
	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
	パターン2	代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)
	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に をマーク

< 提出する申請書類 >

代理人登録申請書	新規( 通)	変更( 通)	削除( 通)
代理請求申請書	新規( 通)	変更( 通)	委任期間( 1通)
委任状	1通	同一事業者	第三者 地方自治体

< 担当者 >

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>
	<u>法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>県 市 1 - 2 - 3</u>
電話番号(必須)	<u>888 - 888 - 8888</u>
連絡欄	

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合 ]

受付番号  

平成 19年 7月 1日

**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)**

国民健康保険団体連合会  
 理事長 様

申請者 住所 県 市 1-2-3  
 (代理人) 法人名 法人  
 代表者 代理 次郎



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 / 1)

代理人	ユーザID	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	1	本番用	H	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0	
	法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>															
			<u>法人</u>															
	役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u>															
			<u>理事長</u>															
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u>															
			<u>代表 次郎</u>															
郵便番号(必須)		〒 <u>111 - 1111</u>																
住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>																
		<u>県 市 1-2-3</u>																
電話番号(必須)		<u>999 - 999 - 9999</u>																
変更箇所にレ印																		
		委任期間を変更する事業所を記載する。 (申請時の内容を記載する。)																
事業所	事業所名称		<u>事業所</u>															
	事業所番号		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2															
	ユーザID	テスト用	T	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		本番用	H	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月															
	委任終了年月		平成 <u>19</u> 年 <u>12</u> 月															
委任状の添付		<u>有 無</u>																
変更する委任終了年月を記載する。																		
委任期間を変更した委任状が必要となる。																		

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		

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合 ]

平成 19年 7月 1日

委 任 状

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

事業者 住 所        県        市        1-1-1  
法人名        法人        会  
代表者        事業者        太郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>      </u> 事業所
	事業所番号	<u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> ~ 平成 <u>19</u> 年 <u>12</u> 月

変更する委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>      </u> 法人	印
	役職・部署名	<u>      </u> 理事長	
	氏名または 代表者名	<u>      </u> 代表 次郎	

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合 ]

委任期間の変更に伴い当該代理人のIDが  
不要となった場合に申請する。

受付番号

平成 19年 7月 1日

電子請求受付システム  
代理人登録申請書(変更・削除)

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所 県 市 1-2-3  
(代理人) 法人名 法人  
代表者 代理 次郎



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 D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 0 0 (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)	変更箇所 に レ 印
	本番用	H D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 0 0 (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)	
法人名(必須)		(カナ) サンカクサンカクサンカクハウジン 法人	
役職・部署名		(カナ) リジショウ 理事長	
氏名 または代表者名(必須)		(カナ) ダイヒョウ ジロウ 代表 次郎	
郵便番号(必須)		〒 111 - 1111	
住所(必須)		(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク 県 市 1-2-3	
電話番号(必須)		999 - 999 - 9999	
FAX番号		999 - 999 - 9999	
メールアドレス		dairinin@jp	
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	
変更・削除日	平成 年 月 日		

記載例

[ 委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合 ]

国民健康保険団体連合会 課様

平成 19年 7月 1日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

< 申請パターン >

		申請パターン
	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
	パターン2	代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)
	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に をマーク

< 提出する申請書類 >

代理人登録申請書	新規( 通)	変更( 通)	削除( 1通)
代理請求申請書	新規( 通)	変更( 通)	委任期間( 1通)
委任状	1通	同一事業者	第三者 地方自治体

< 担当者 >

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u>
	<u>法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>県 市 1 - 2 - 3</u>
電話番号(必須)	<u>888 - 888 - 8888</u>
連絡欄	

記載例

[事業所が証明書を失効する場合]

受付番号

平成 19年 7月 1日

電子請求受付システム  
電子証明書失効申請書

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所 県 市 1-1-1  
法人名 法人 会  
代表者 事業者 太郎



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 J 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 - 0 0
	本番用	H J 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 - 0 0
事業所名 または、法人名 (必須) 1	(カナ) サンカクサンカクジギョウシヨ 事業所	
代表者名または 証明書申請者名 (必須) 1	(カナ) ジギョウシャ ジロウ 事業者 次郎	
郵便番号(必須)	〒 111 - 1111	
住所(必須)	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク 県 市 1-2-3	
電話番号(必須)	999 - 999 - 9999	
FAX番号	999 - 999 - 9999	
メールアドレス	jigyousya@jp	
事業所番号	J 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
有効期限	平成 19年 7月 1日 ~ 平成 20年 6月 30 日	
失効年月日	平成 19年 8月 1日	
失効理由	事業所の廃止に伴い証明書が不要となったため。	

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	

記載例

[ 代理人が証明書を失効する場合 ]

受付番号

平成 19 年 7 月 1 日

電子請求受付システム  
電子証明書失効申請書

国民健康保険団体連合会  
理事長 様

申請者 住所            県 市 1 - 2 - 3  
法人名            法人  
代表者 代理 次郎



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	<u>D</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
	本番用	H	<u>D</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
事業所名 または、法人名 (必須) 1	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>          </u> 法人															
代表者名または 証明書申請者名 (必須) 1	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>															
郵便番号(必須)	〒 <u>111 - 1111</u>															
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>          </u> 県 市 1 - 2 - 3															
電話番号(必須)	<u>999 - 999 - 9999</u>															
FAX番号	<u>999 - 999 - 9999</u>															
メールアドレス	<u>dairinin@jp</u>															
事業所番号	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">● 代理人の場合は、記載不要。</span>															
有効期限	平成 <u>19</u> 年 <u>7</u> 月 <u>1</u> 日 ~ 平成 <u>20</u> 年 <u>6</u> 月 <u>30</u> 日															
失効年月日	平成 <u>19</u> 年 <u>8</u> 月 <u>1</u> 日															
失効理由	<u>代理請求期間の終了に伴い証明書が不要となったため。</u>															

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	