

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(新規)

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 福永正通 様

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 D -
		(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)
ユーザID	本番用	H D -
		(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	

受付番号

平成 年 月 日

電子請求受付システム 代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 福永正通 様

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 ※1	テスト用	T	D					-	
		本番用	H	D					-	
	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	J					-	
		本番用	H	J					-	
	委任開始年月		平成	年	月	(請求送信月)				
	委任終了年月		平成	年	月					
	委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	J											-
		本番用	H	J											-
	委任開始年月		平成 年 月 (請求送信月)												
	委任終了年月		平成 年 月												
	委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
事業所	事業所名称														
	事業所番号														
	ユーザID	テスト用	T	J											-
		本番用	H	J											-
	委任開始年月		平成 年 月 (請求送信月)												
	委任終了年月		平成 年 月												
	委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
事業所	事業所名称														
	事業所番号														
	ユーザID	テスト用	T	J											-
		本番用	H	J											-
	委任開始年月		平成 年 月 (請求送信月)												
	委任終了年月		平成 年 月												
	委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
事業所	事業所名称														
	事業所番号														
	ユーザID	テスト用	T	J											-
		本番用	H	J											-
	委任開始年月		平成 年 月 (請求送信月)												
	委任終了年月		平成 年 月												
	委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
事業所	事業所名称														
	事業所番号														
	ユーザID	テスト用	T	J											-
		本番用	H	J											-
	委任開始年月		平成 年 月 (請求送信月)												
	委任終了年月		平成 年 月												
	委任状の添付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												

委任状

東京都国民健康保険団体連合会
理事長 福永正通様

事業者 住所
法人名
代表者

印

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	
	事業所番号
	委任期間	平成 年 月～平成 年 月

委任先 (代理人)	法人名	印
	役職・部署名	
	氏名または 代表者名	

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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	パターン2	代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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>

代理人申請書	新規(通)	追加(通)	変更(通)	削除(通)
添付書類	印鑑証明書(通)	登記簿謄本(通)	住民票(通)	
委任状	通	第三者の場合に添付		

<担当者>

法人名(必須)	(カナ)
役職・部署名	(カナ)
氏名(必須)	(カナ)
郵便番号(必須)	〒 -
住所(必須)	(カナ)
電話番号(必須)	
連絡欄	

