

受付番号   
令和 年 月 日

# 電子請求受付システム 電子証明書失効申請書

東京都国民健康保険団体連合会

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)	<input type="text"/>
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ) <input type="text"/>
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1	(カナ) <input type="text"/>
郵便番号(必須)	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
住所(必須)	(カナ) <input type="text"/>
電話番号(必須)	- <input type="text"/> - <input type="text"/>
FAX番号	- <input type="text"/> - <input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
事業所番号	<input type="text"/>
有効期限	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
失効年月日	令和 年 月 日
失効理由	<input type="text"/>

※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	令和 年 月 日	担当者	<input type="text"/>
失効年月日	令和 年 月 日	手数料残高	<input type="text"/>