

《付録》 各種帳票と記載例

帳票サンプル

帳票一覧

(1/2)

No.	様式番号	様式名	方向	記載頁	記載例頁
1	様式1-1	介護給付費等の請求及び受領に関する届	国保連合会 →事業所 →国保連合会	付-3	付-24
2	様式1-2	電子請求登録結果に関するお知らせ	国保連合会 →事業所	付-4	-
3	様式1-3	電子請求代理人登録結果に関するお知らせ	国保連合会 →代理人	付-5	-
4	様式2-1	見積書	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-6	-
5	様式2-2	請求書	国保連合会 →代理人	付-7	-
6	様式3-1	証明書発行完了通知	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-8	-
7	様式3-2	証明書発行申請却下通知	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-9	-
8	様式4-1	代理人登録申請書(新規)	代理人 →国保連合会	付-10	付-25、35
9	様式4-2	代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)	代理人 →国保連合会	付-11~12	付-26、30 ~31、36、 39、44、 47、52
10	様式4-3	委任状	事業所 →代理人 →国保連合会	付-13	付-27、 32、37、 40、48、53
11	様式4-4	代理人登録申請書(変更・削除)	代理人 →国保連合会	付-14	付-38、 43、51
12	様式4-5	代理請求申請書類送付状	代理人 →国保連合会	付-15	付-28、 33、41、 45、49、54
13	様式4-6	提出書類チェックシート	代理人 →国保連合会	付-16	付-29、 34、42、 46、50、55
14	様式4-7	初回仮パスワード控え	国保連合会 →代理人	付-17	-
15	様式5-1	代理人登録結果に関するお知らせ通知	国保連合会 →代理人	付-18	-
16	様式5-2	証明書発行用パスワード通知書	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-19	-
17	様式6	電子証明書失効申請書	事業所 または、 代理人、 都道府県 →国保連合会	付-20	付-56、57

帳票一覧

(2/2)

No.	様式番号	様式名	方向	記載頁	記載例頁
18	様式7-1	証明書失効通知	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-21	-
19	様式7-2	証明書有効期限切れ事前通知	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-22	-
20	様式7-3	証明書発行用パスワード再発行通知	事業所 または、代理人 →国保連合会	付-23	-

様式1-1

国保連←事業所

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇国保市国保町 9-9-9

開設者 住所

氏名

印

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号				連 合 会 使 用 欄
法人 種別	経営 主体			
フリガナ			郵便 番号	
(請求先) 事業所 名称			TEL	
			FAX	
フリガナ			振込先	
所在地			支店名	
			口座 番号	
フリガナ			フリガナ	
請求者			(口座 名義人) 受領者	
	届出理由		異動年月	旧事業所番号
1	新設		年 月請求分より	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更			支払先事業所番号
3	請求方法の変更		※摘要	
4	振込先及び口座番号の変更			
5	その他			
請求 媒体	<p>7. 伝送(インターネット)</p> <p>1. 伝送(I S D N) 接 続 先 電 話 番 号 (- -)</p> <p>2. 磁気(M O) 3. 磁気(M T) 4. 磁気(F D ・ C D) 5. 帳票</p>			
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。				
住 所 氏 名		印		
備 考				

電子請求登録結果に関するお知らせ

請求事業所A 殿

発行日 平成26年11月15日

介護給付費等の電子請求に関し、下記の通り登録いたしましたので、ご連絡いたします。

ユーザID	KJ131311111111	事業所番号	1311111111
事業所名	請求事業所A		
電話番号	00-0000-0001	FAX番号	00-0000-0002
住所	〒 111-1111 〇〇〇国保市国保町 1-1-1		

仮パスワード

大文字	大文字	小文字	小文字	大文字	数字	数字	数字	小文字	大文字	大文字	小文字	数字	数字	数字	数字
ユー	エル	エー	シー	エヌ	ゴ	ハチ	イチ	ジー	エフ	ティー	オー	サン	イチ	ニ	ナナ
U	L	a	c	N	5	8	1	g	F	T	o	3	1	2	7

証明書発行用パスワード

大文字	小文字	大文字	大文字	小文字	数字	小文字	数字	数字	数字	小文字	数字				
ケー	エイチ	イー	ワイ	エム	ゼロ	エス	ニ	ロク	ゴ	ケー	ヨン				
K	h	E	Y	m	0	s	2	6	5	k	4				

備考

- ・ID、仮パスワード及び証明書発行用パスワードは、他に漏洩しないよう十分な管理を行ってください
- ・証明書発行用パスワードは証明書発行申請(更新の申請を含む)の際に必要なとなりますので大切に保管してください

■電子請求受付システムのアドレス (URL: Uniform Resource Locator)

<http://www.e-seikyuu.jp/>

(電子請求受付システムの総合窓口)

上記アドレスより、電子請求を開始するまでの準備作業(ログイン/パスワード変更/マニュアルの取得方法等)を記載した資料「電子請求をはじめる前に」が取得いただけます。

取得方法につきましては、以下の手順にて取得することができます。

- (1) 【電子請求受付システム総合窓口】画面にて[介護保険の請求はこちら]をクリックします。
- (2) ログイン前の【お知らせ一覧】画面が表示されます。
画面左上にある[はじめての方]をクリックし、取得します。

電子請求代理人登録結果に関するお知らせ

代理事業所A 殿

発行日 平成26年11月15日

介護給付費等の電子請求に関し、下記の通り登録いたしましたので、ご連絡いたします。

ユーザID	HD1399999999	テストユーザID	TD1399999999
法人名	代理事業所A		
役職・部署名	所長		
氏名または代表者名	代理人 一郎		
電話番号	00-0001-0001	FAX番号	00-0001-0002
メールアドレス	dairi@jp		
住所	〒 111-1111 〇〇〇国保市国保町 3-3-3		

仮パスワード

大文字	小文字	大文字	大文字	数字	小文字	大文字	小文字	小文字	数字	数字	小文字	大文字	数字	数字	数字
ゼッド	アイ	ユー	エス	ナナ	ビー	ファイ	ユー	ジー	ヨン	イチ	ディー	ティー	ロク	ハチ	ゼロ
Z	i	Y	S	7	b	V	u	j	4	1	d	T	6	8	0

証明書発行用パスワード

大文字	小文字	小文字	数字	数字	大文字	大文字	数字	小文字	数字	数字				
エー	エム	オー	イチ	ロク	エイチ	ピー	キュー	アール	ハチ	サン	ゴ			
A	m	o	1	6	H	P	9	r	8	3	5			

備考

- ・ID、仮パスワード及び証明書発行用パスワードは、他に漏洩しないよう十分な管理を行ってください
- ・証明書発行用パスワードは証明書発行申請(更新の申請を含む)の際に必要となりますので大切に保管してください
- ・テストユーザIDは、障害者総合支援でテスト請求するためのユーザIDとなります

■ 電子請求受付システムのアドレス (URL: Uniform Resource Locator)

<http://www.e-seikyuu.jp/>
(電子請求受付システムの総合窓口)

上記アドレスより、電子請求を開始するまでの準備作業(ログイン/パスワード変更/マニュアルの取得方法等)を記載した資料「電子請求をはじめる前に」が取得いただけます。

取得方法につきましては、以下の手順にて取得することができます。

- (1) 【電子請求受付システム総合窓口】画面にて[代理人情報/代理人証明書の申請はこちら]をクリックします。
- (2) ログイン前の【お知らせ一覧】画面が表示されます。
画面左上にある[はじめての方]をクリックし、取得します。

〒111-1111
〇〇県国保市国保町 1-1-1

請求事業所A

事業所 一郎 様

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〒111-1111

〇〇〇国保市国保町 9-9-9

電話 00-0003-0001

FAX 00-0003-0002

見積書

発行日 2014/12/01

見積詳細

項目名	数量	価格(税込)
証明書発行手数料	1	¥9,999

合計(税込) ¥9,999

※見積有効期限 発行月の末日

〒111-1111
 ○○県国保市国保町 2-2-2

○○国民健康保険団体連合会

〒111-1111
 ○○県○○市国保市国保町 9-9-9

電話 00-0003-0001

FAX 00-0003-0002

代理人法人名
 代理人事業所A 様

請求書

発行日 2014/12/01

請求詳細

項目名	数量	価格(税込)
証明書発行手数料(介護保険証明書)	1	¥9,999

合計(税込) ¥9,999

振込人名 : HD1399999999 + 「事業所名または法人名(任意)」

振込先
 金融機関名 : ○○銀行
 支店名 : ○○支店(123)
 口座種別 : 普通
 口座番号 : 1234567
 口座名 : マルマルマルレンゴウカイ

振込時の「振込人名」には
 請求書に記載された
 「ユーザID」、「事業所また
 は法人名(任意)」を記入す
 る。

注) お振込みの際、「振込人名」の欄にユーザ ID が入力されていない場合、お振込みの確認が取れない場合があります。

(振込手数料はお客様のご負担でお願いいたします。)

備考 : お振込み控えをもって、領収書と替えさせていただきます。

振込期限 : 発行日の翌月末日

タイトル: 証明書発行完了通知

本文: 介護電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書発行申請に関して、証明書が発行されました。
以下の操作手順に沿って、証明書をパソコンにダウンロード・インストールしてください。

[申請先連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
KJ131311111111

[申請年月日]
2014年11月01日

[操作手順]
1. 【証明書】画面を開きます。
2. 「証明書をダウンロード・インストールする」を選択して、[次へ]をクリックします。
以降の作業については、ログイン後のメニューで【FAQ】をクリックし、
「証明書のダウンロード・インストール方法について」を参照して作業を進めてください。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク: 03-XXXX-XXXX

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※1 様式のレイアウト、出力項目については、今後、変更がありうる。

タイトル: 証明書発行申請却下通知

本文: 介護電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書発行申請が却下されました。

[申請先連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
KJ131311111111

[申請年月日]
2014年11月01日

[却下理由]
既に発行済みのため却下します。

[問い合わせ先]
却下理由についてご不明な点は、〇〇〇国民健康保険団体連合会へ
お問い合わせください。
その他の証明書に関する問い合わせは、以下へお問い合わせください。
ヘルプデスク: 03-XXXX-XXXX

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※1 様式のレイアウト、出力項目については、今後、変更がありうる。

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
(代理人) 法人名
代表者

印

介護保険、障害者総合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、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

法人名	(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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
	代表 次郎
郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ)マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号	999-999-9999
FAX番号	999-999-9999
メールアドレス	dairinin@jp
ユーザID	(カナ) サンカクサンカクサンカクハウジン
	(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	ユーザID	

代理人→国保連合会

管理番号 D20141115000001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
(代理人) 法人名
代表者

印

介護保険、障害者総合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 ※1	
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
		△△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
		代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	
電話番号	999-999-9999	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	〇〇事業所
	事業所番号	1234567890
	ユーザID	KJ131311111111
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 99 年 99 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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	制度	介護保険
	事業所名	◇◇事業所
	事業所番号	1312222222
	ユーザID	KJ131312222222
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 99 年 99 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者
事業所	制度	介護保険
	事業所名	××事業所
	事業所番号	1313333333
	ユーザID	KJ131313333333
	委任開始年月	平成 27 年 1 月
	委任終了年月	平成 28 年 1 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者
事業所	制度	
	事業所名	
	事業所番号	
	ユーザID	
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	
事業所	制度	
	事業所名	
	事業所番号	
	ユーザID	
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号

D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委 任 状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 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、介護保険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	〇〇事業所
	事業所番号	1311111111
	委任期間	平成 26 年 11 月～平成 36 年 12 月

委任先 (代理人)	法人名	△△法人	印
	役職・部署名	理事長	
	氏名 または代表者名	代表 次郎	

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

事業者 住 所

法人名
代表者

印

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書(変更・削除)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所
(代理人) 法人名
代表者

印

介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求において、

代理人情報を登録した内容を次の通り 変更したい ので申請します。
削除したい

ユーザID	HD1399999999		
法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン		
	△△△法人		
役職・部署名	(カナ) リジチョウ		<input type="checkbox"/>
	理事長		<input type="checkbox"/>
氏名 または代表者名	(カナ) ダイヒョウ ジロウ		<input type="checkbox"/>
	代表 次郎		<input type="checkbox"/>
郵便番号	〒111-1111		<input type="checkbox"/>
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク		<input type="checkbox"/>
	〇〇県△△市◇◇1-2-3		<input type="checkbox"/>
電話番号	999-999-9999		<input type="checkbox"/>
FAX番号	999-999-9999		<input type="checkbox"/>

変更箇所印

<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		

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名 または代表者名	(カナ) タントウ サブロウ
	担当 三郎
郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号	888-888-8888
連絡欄	

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン1	代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理人登録申請書(新規)	9 通	請求業務を事業所に代わって行う代理人の情報を登録するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	9 通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	999 通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。

【提出書類(添付書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。
印鑑証明書	通	代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。

下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

代理人

平成 26 年 11 月 15 日

初回仮パスワード控え

「初回仮パスワード控え」は郵送する必要はありません。
本控えは、第三者の手に渡ることのないように大切に保管してください。

初 回 仮 パ ス ワ ー ド

大文字	小文字	小文字	大文字	数字	数字	小文字	小文字	小文字	大文字	数字	数字	数字	小文字	小文字	数字
F	t	h	R	2	6	y	c	e	F	8	9	1	t	i	0

登録対象都道府県名 : ○○県

初回仮パスワードは、以下の際に必要となります。

- ・初回ログイン
- ・お知らせ「代理人登録結果に関するお知らせ通知」の添付ファイル確認

タイトル: 代理人登録結果に関するお知らせ通知

本文: 代理人申請電子請求受付システムからのお知らせです。

以下の代理人情報登録申請が承認されました。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

代理人登録情報、証明書発行用パスワードについては、添付の ZIP ファイルをご確認ください。

添付の ZIP ファイルを開くにはパスワードが必要です。

パスワードは、初回仮パスワードをご入力ください。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

[管理番号]

D2014111500001

[問い合わせ先]

ヘルプデスク(介護保険): 03-XXXX-XXXX

ヘルプデスク(障害者総合支援): 03-XXXX-XXXX

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※1 様式のレイアウト、出力項目については、今後、変更がありうる。

証明書発行用パスワード通知書

事業所 一郎 殿

発行日 2014/11/15

下記の通り、証明書発行用パスワードを通知します。
以前に通知されたものを再作成していますので、今後は今回通知されたパスワードをご利用ください。

ユーザID : KJ131311111111

証明書発行用パスワード:

大文字	小文字	数字	数字	小文字	大文字	小文字	数字	大文字	小文字	数字	数字
ワイ	エイチ	ゴ	イチ	ティー	エックス	ディー	ヨン	エル	キュー	ハチ	ナナ
Y	h	5	1	t	X	d	4	L	q	8	7

証明書発行用パスワードは以下の際に必要となります。

- ・証明書の発行申請(更新の申請を含む)
- ・発行された証明書のインストール

本通知書は、第三者の手に渡ることのないように大切に保管してください。

受付番号

平成 26 年 11 月 1 日

電子請求受付システム 電子証明書失効申請書

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

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)	K J 1 3 1 3 1 1 1 1 1 1 1 1
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
	〇〇県△△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	1 3 1 1 1 1 1 1 1 1
有効期限	平成 26 年 11 月 1 日～平成 29 年 11 月 1 日
失効年月日	平成 26 年 12 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	

タイトル: 証明書失効通知

本文: 介護電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書が失効されました。

[連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
KJ131311111111

[有効期限]
2014年12月05日

[失効年月日]
2014年11月01日

[失効理由]
失効理由についてご不明な点は、〇〇〇国民健康保険団体連合会へ
お問い合わせください。
その他の証明書に関する問い合わせは、以下へお問い合わせください。
ヘルプデスク: 03-XXXX-XXXX

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※1 様式のレイアウト、出力項目については、今後、変更がありうる。

タイトル: 証明書有効期限切れ事前通知

本文: 介護電子請求受付システムからのお知らせです。
以下の証明書に関して、有効期限が間近となっております。
引き続きご利用になる場合は、証明書の有効期限が切れる前に、
証明書の発行申請が必要です。
証明書の発行には日数を要するため、以下の操作手順に沿って、
お早めに発行申請を行ってください。

[連合会名]

〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]

KJ13131111111

[有効期限]

2014年12月05日

[操作手順]

1. 【証明書】画面を開きます。
2. 「証明書の発行申請をする」を選択して、[次へ]をクリックします。
以降の作業については、ログイン後のメニューで【FAQ】をクリックし、「証明書の更新方法について」を参照して作業を進めてください。

[問い合わせ先]

ヘルプデスク: 03-XXXX-XXXX

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※1 様式のレイアウト、出力項目については、今後、変更がありうる。

タイトル: 証明書発行用パスワード再発行通知

本文: 介護電子請求受付システムからのお知らせです。
再発行された証明書発行用パスワードを通知いたします。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

添付された証明書発行用パスワード通知書の ZIP ファイルを取得してください。

証明書発行用パスワード通知書の ZIP ファイル解凍時のパスワードは
ログインパスワードです。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

[ユーザ ID]

KJ13131111111

[問い合わせ先]

ヘルプデスク: 03-XXXX-XXXX

本お知らせはシステムが自動的に送信しております。

※1 様式のレイアウト、出力項目については、今後、変更がありうる。

記載例

記載例

[事業所がインターネット請求を行う場合]

介護給付費等の請求及び受領に関する届

国保連←事業所

2014年11月15日 提出

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇国保市国保町 9-9-9

開設者

住所 〇〇国保市国保町 1-1-1

氏名 事業所 一郎

印

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号	<u>1311111111</u>			連 合 会 使 用 欄	
法人 種別	<u>1</u>	経営 主体			
フリガナ	<u>セイキョウジギョウシヨエー</u>		郵便 番号		<u>111-1111</u>
(請求先) 事業所 名称	<u>請求事業所A</u>		TEL		<u>00-0000-0001</u>
			FAX	<u>00-0000-0002</u>	
フリガナ	<u>マルマルマルコクホシコクホチョウ</u>			振込先	<u>9999</u> <u>〇〇銀行</u>
所在地	<u>〇〇〇国保市国保町 1-1-1</u>			支店名	<u>999</u> <u>〇〇支店</u>
				口座 番号	<u>1234567</u>
				フリガナ	<u>ジギョウショ イチロウ</u>
請求者	<u>事業所 一郎</u>		(口座 名義人) 受領者	<u>〇〇国保連合会</u>	
	届出理由		異動年月	旧事業所番号	
1	新設		年 月請求分より		
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更			支払先事業所番号	
3	請求方法の変更		※摘要		
4	振込先及び口座番号の変更				
5	その他				
請求 媒体	<p><u>7. 伝送(インターネット)</u> → <u>インターネット請求をする場合に選択する。</u></p>				
	<p>1. 伝送(I S D N) 接続先電話番号 (- -)</p> <p>2. 磁気(M O) 3. 磁気(M T) 4. 磁気(F D・C D) 5. 帳票</p>				
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。					
住所 <u>〇〇〇国保市国保町 1-1-1</u>		氏名 <u>事業所 一郎</u>			
		印			
備 考					

都道府県への届出の際に使用する印鑑を押印する(法人の代表者印等)。※各国保連合会の運用によって、押印する印が異なります。

記載例

[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→国保連合会

管理番号 D20141115000001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン △△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ 代表 次郎
郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク 〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号	999-999-9999
FAX番号	999-999-9999
メールアドレス	dairinin@jp
ユーザID	(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	ユーザID	

記載例

[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→国保連合会

管理番号 D20141115000001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
 (代理人) 法人名 △△△法人
 代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	
	法人名	(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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ 代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
	住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク 〇〇県△△市◇◇1-2-3
	電話番号	999-999-9999
	事業所	制度
事業所名		〇〇事業所
事業所番号		1234567890
ユーザID		KJ131311111111
委任開始年月		平成 26 年 11 月
委任終了年月		平成 99 年 99 月
委任状の添付		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[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→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委任状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
法人名 〇〇〇法人 △△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、介護保険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。

Table with 3 rows: 委任元 (事業所), 事業所名 (〇〇事業所), 事業所番号 (1 3 1 1 1 1 1 1 1 1), 委任期間 (平成 19 年 10 月 ~ 平成 年 月)

Table with 3 rows: 委任先 (代理人), 法人名 (△△△法人), 役職・部署名 (理事長), 氏名 または代表者名 (代表 次郎)



表 2-3 「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。

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)
代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。
事業者 住所
法人名
代表者
印

記載例

[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→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名(必須)	(カナ) タントウ サプロウ
	担当 三郎
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
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号(必須)	888-888-8888
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。

記載例

[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→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン1	代理人情報を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理人登録申請書(新規)	9 通	請求業務を事業所に代わって行う代理人の情報を登録するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	9 通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	999 通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。

【提出書類(添付書類)】

添付する書類数を記入する。

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	● 代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)併せて送付してください。
印鑑証明書	通	● 代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)併せて送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。

下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[②代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン △△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ 代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
	住所	(カナ) 〇〇県△△市◇◇1-2-3
	電話番号	999-999-9999
	事業所	制度
事業所名		△△事業所
事業所番号		1311111111
ユーザID		KJ131311111111
委任開始年月		平成 26 年 11 月
委任終了年月		平成 36 年 12 月
委任状の添付		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[②代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)]

委任する事業所が複数ある場合は、
この様式を使用する。

(2 / 2)

事業所	制度	介護保険
	事業所名	◇◇事業所
	事業所番号	1312222222
	ユーザID	KJ13131222222
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 99 年 99 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者
事業所	制度	介護保険
	事業所名	××事業所
	事業所番号	1313333333
	ユーザID	KJ13131333333
	委任開始年月	平成 27 年 1 月
	委任終了年月	平成 28 年 1 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者
事業所	制度	
	事業所名	
	事業所番号	
	ユーザID	
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	
事業所	制度	
	事業所名	
	事業所番号	
	ユーザID	
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	

記載例

[②代理請求の新規申請(代理人登録済みの場合)]

追加で委任する事業所分を提出する。

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委 任 状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住 所 〇〇県△△市◇◇2-2-2
法人名 〇〇〇法人 △△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、介護保険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
	事業所番号	1311111111
	委任期間	平成 26 年 11 月～平成 36 年 12 月

委任先 (代理人)	法人名	△△△法人
	役職・部署名	理事長
	氏名 または代表者名	代表 次郎



表 2-3 「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。

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

事業者 住 所

法人名
代表者

印

記載例

[②代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)]

代理人→国保連合会

管理番号

D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名	(カナ) タントウ サプロウ
	担当 三郎
郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号	888-888-8888
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。

記載例

〔②代理請求の新規申請(代理人登録済みの場合)〕

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン2	代理人情報を新規登録し、他県に代理請求の新規申請を行う場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理人登録申請書(新規)	9 通	請求業務を事業所に代わって行う代理人の情報を登録するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	9 通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	999 通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。

【提出書類(添付書類)】

添付する書類数を記入する。

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
登記簿謄本/住民票	通	代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。
印鑑証明書	通	代理人が同一事業所、または第三者の場合、必要に応じて書類数を記入し、提出書類(申請書類)と併せて送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。
下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[③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)]

代理人→国保連合会

管理番号 D20141115000001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 新◇◇◇法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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、以下の通り代理人情報の登録を申請します。

法人名	(カナ) シンシカクシカクシカクハウジン 新◇◇◇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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ 代表 次郎
郵便番号	〒 111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク 〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号	999-999-9999
FAX番号	999-999-9999
メールアドレス	dairinin@jp
ユーザID	(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	ユーザID	

記載例

[③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)]

代理人→国保連合会

管理番号 D20141115000001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 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)**

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 新◇◇◇法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	
	法人名	(カナ) シンシカクシカクシカクホウジン
		新◇◇◇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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
		代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	
電話番号	999-999-9999	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	〇〇事業所
	事業所番号	1311111111
	ユーザID	KJ131311111111
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 99 年 99 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	代理人区分	第三者

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[③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。

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委 任 状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
法人名 〇〇〇法人 △△会
代表者 事業者 太郎

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険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	〇〇事業所
	事業所番号	1311111111
	委任期間	平成 26 年 11 月～平成 99 年 99 月

委任先 (代理人)	法人名	新◇◇◇法人
	役職・部署名	理事長
	氏名 または代表者名	代表 次郎

印

表 2-3 「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。

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

事業者 住所

法人名
代表者

印

記載例

[③代理人の登録申請を行った後、法人名の削除が発生した場合(旧法人用)]

代理人→国保連合会

管理番号	D2014111500001
------	----------------

受付番号	
------	--

平成 26 年 11 月 15 日

**電子請求受付システム
代理人登録申請書(変更 **削除**)**

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求において、

代理人情報の登録した内容を次の通り 変更したい 削除したい ので申請します。

ユーザID	HD1399999999	
法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン	
	△△△法人	
役職・部署名	(カナ) リジチョウ	<input type="checkbox"/>
	理事長	<input type="checkbox"/>
氏名 または代表者名	(カナ) ダイヒョウ ジロウ	<input type="checkbox"/>
	代表 次郎	<input type="checkbox"/>
郵便番号	〒111-1111	<input type="checkbox"/>
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	<input type="checkbox"/>
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	<input type="checkbox"/>
電話番号	999-999-9999	<input type="checkbox"/>
FAX番号	999-999-9999	<input type="checkbox"/>

変更箇所にも
■をマーク

<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

[③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)]

代理人→国保連合会

管理番号	D2014111500001	受付番号	
------	----------------	------	--

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
 (代理人) 法人名 △△△法人
 代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	HD1399999999
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
		△△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
		代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	
電話番号	999-999-9999	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	〇〇事業所
	事業所番号	1311111111
	ユーザID	KJ131311111111
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 26 年 12 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[③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。

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委 任 状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住 所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
法人名 〇〇〇法人 △△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、介護保険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	〇〇事業所
	事業所番号	1311111111
	委任期間	平成 26 年 11 月～平成 26 年 9 月

委任先 (代理人)	法人名	△△△法人
	役職・部署名	理事長
	氏名 または代表者名	代表 次郎



表 2-3 「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。

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)

代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。

事業者 住 所

法人名
代表者

印

記載例

[③代理人の登録申請を行った後、法人名の変更(削除)が発生した場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) シンシカクシカクシカクホウジン
	新◇◇◇法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名(必須)	(カナ) タントウ サブロウ
	担当 三郎
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
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号(必須)	888-888-8888
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。

記載例

〔③代理人の登録申請を行った後、法人名の変更(削除)が発生した場合〕

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン3	法人名以外の代理人情報を変更する場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理人請求申請書 (変更・削除)	9 通	代理人登録した内容を変更、または削除するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。

下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[④法人名以外の代理人情報を変更する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

**電子請求受付システム
代理人登録申請書(変更・削除)**

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 ◇◇県〇〇市△△9-9-9
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代理 三郎



介護保険、障害者総合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通り 変更したい 削除したい
ので申請します。

ユーザID	HD1399999999		
法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン		
	△△△法人		
役職・部署名	(カナ) リジチョウ		<input type="checkbox"/>
	理事長		<input type="checkbox"/>
氏名 または代表者名	(カナ) ダイヒョウ サブロウ		<input checked="" type="checkbox"/>
	代表 三郎		<input checked="" type="checkbox"/>
郵便番号	〒111-9999		<input checked="" type="checkbox"/>
住所	(カナ) シカクシカクケン マルマルシ サンカクサンカク		<input checked="" type="checkbox"/>
	◇◇県〇〇市△△9-9-9		<input checked="" type="checkbox"/>
電話番号	111-111-1111		<input checked="" type="checkbox"/>
FAX番号	111-111-1111		<input checked="" type="checkbox"/>

変更箇所
に
■
を
マ
ー
ク

<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

[④法人名以外の代理人情報を変更する場合]

代理人→国保連合会

管理番号	D2014111500001	受付番号	
------	----------------	------	--

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	HD1399999999
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
		△△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
		代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	
電話番号	999-999-9999	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	〇〇事業所
	事業所番号	1311111111
	ユーザID	KJ131311111111
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 26 年 12 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[④法人名以外の代理人情報を変更する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

<担当者>

法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名	(カナ) タントウ サブロウ
	担当 三郎
郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号	111-111-1234
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。

記載例

〔④法人名以外の代理人情報を変更する場合〕

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン4	代理請求の新規申請(代理人情報が登録済み)の場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	9 通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	999 通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。

下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
 (代理人) 法人名 △△△法人
 代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	HD1399999999
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
		△△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
		代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	
電話番号	999-999-9999	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	△△事業所
	事業所番号	1311111111
	ユーザID	KJ131311111111
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 28 年 12 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合]

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委任状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
法人名 〇〇〇法人 △△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、介護保険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。

Table with 3 rows: 委任元 (事業所), 事業所名称 (△△事業所), 事業所番号 (1311111111), 委任期間 (平成 26 年 11 月 ~ 平成 28 年 12 月)

Table with 3 rows: 委任先 (代理人), 法人名 (△△△法人), 役職・部署名 (理事長), 氏名または代表者名 (代表 次郎)



表 2-3 「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。

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)
代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。
事業者 住所
法人名
代表者 印

記載例

[⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を送付します。

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名(必須)	(カナ) タントウ サブロウ
	担当 三郎
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
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号(必須)	888-888-8888
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。

記載例

〔⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合〕

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン5	委任期間を変更する場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	9 通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	999 通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。

下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[⑥代理人情報登録を削除する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 日

**電子請求受付システム
代理人登録申請書(変更 **削除**)**

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
(代理人) 法人名 △△△法人
代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合支援における介護給付費等の請求において、

代理人情報の登録した内容を次の通り 変更したい 削除したい ので申請します。

ユーザID	HD1399999999		
法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン		
	△△△法人		
役職・部署名	(カナ) リジチョウ		<input type="checkbox"/>
	理事長		<input type="checkbox"/>
氏名 または代表者名	(カナ) ダイヒョウ ジロウ		<input type="checkbox"/>
	代表 次郎		<input type="checkbox"/>
郵便番号	〒111-1111		<input type="checkbox"/>
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク		<input type="checkbox"/>
	〇〇県△△市◇◇1-2-3		<input type="checkbox"/>
電話番号	999-999-9999		<input type="checkbox"/>
FAX番号	999-999-9999		<input type="checkbox"/>

変更箇所にもマーク

<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

[⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合]

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

受付番号

平成 26 年 11 月 15 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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

表 2-3 「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 〇〇県△△市◇◇1-2-3
 (代理人) 法人名 △△△法人
 代表者 代理 次郎



介護保険、障害者総合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 ※1	HD1399999999
	法人名	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
		△△△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	(カナ) ダイヒョウ ジロウ
		代表 次郎
	郵便番号	〒111-1111
住所	(カナ) マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク	
	〇〇県△△市◇◇1-2-3	
電話番号	999-999-9999	
事業所	制度	介護保険
	事業所名	△△事業所
	事業所番号	1311111111
	ユーザID	KJ131311111111
	委任開始年月	平成 26 年 11 月
	委任終了年月	平成 27 年 2 月
	委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
代理人区分	第三者	

※1 代理人情報を新規申請する場合、空欄になります。

<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

[⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合]

代理人→事業所→代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

委任状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
法人名 〇〇〇法人 △△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、介護保険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。

Table with 3 rows: 委任元 (事業所), 事業所名 (△△事業所), 事業所番号 (1311111111), 委任期間 (平成 26 年 11 月 ~ 平成 27 年 2 月)

Table with 3 rows: 委任先 (代理人), 法人名 (△△△法人), 役職・部署名 (理事長), 氏名 または代表者名 (代表 次郎)



表 2-3 「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。

介護保険の場合のみ、相殺の同意を表示する。

(代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除する場合のみ記入してください。)
代理人が使用する証明書の発行手数料を、当事業所の介護給付費等から控除することに同意します。
事業者 住所
法人名
代表者 印

記載例

〔⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合〕

代理人→国保連合会

管理番号 D2014111500001

平成 26 年 11 月 15 日

代理請求申請書類送付状

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン
	△△△法人
役職・部署名	(カナ) ダイリブ
	代理部
氏名(必須)	(カナ) タントウ サブロウ
	担当 三郎
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
	〇〇県△△市◇◇1-2-3
電話番号(必須)	888-888-8888
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。

記載例

【⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合】

代理人→国保連合会

管理番号 D20141115000001

平成 26 年 11 月 15 日

提出書類チェックシート

この提出書類チェックシートは、代理人情報の登録、変更、削除等の申請の際に提出する書類を確認するためのものです。

提出書類が揃っていることを確認の上、【申請書類等の提出先】に記載されている国保連合会へ送付してください。

【申請パターン】

	申請パターン
パターン6	代理人情報を削除(及び委任期間を変更)する場合

【提出書類(申請書類)】

書類名	書類数	提出書類に対する説明等
提出書類チェックシート	9 通	本書類です。 必要な提出書類がすべて揃っていることを確認の上、送付してください。
代理請求申請書類送付状	9 通	代理請求に関する申請書類の送付状です。 記載内容を確認の上、送付してください。
代理請求申請書 (新規・追加・委任期間変更)	9 通	代理人に請求業務を委任している事業所の追加・変更等を申請するための書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。
委任状	999 通	事業所が代理人に請求業務を委任することを証明するための書類です。 記載内容を確認の上、事業者及び代理人の双方が押印して送付してください。
代理人登録申請書 (変更・削除)	9 通	代理人登録した内容を変更または削除を行うための申請書類です。 記載内容を確認の上、代理人が押印して送付してください。

申請書類および添付書類は郵送でのみ受け付けます。
下記、提出先まで郵送してください。

【申請書類等の提出先】

書類の提出先です。この提出書類チェックシートも送付する必要があるため、切り取って封筒等に貼る場合、コピーしてご利用ください。

〒111-1111

〇〇国保市国保町 9-9-9

〇〇〇国民健康保険団体連合会

〇〇〇部△△△課□□□係

行

記載例

[事業所が証明書を失効する場合]

受付番号

平成 26 年 11 月 1 日

**電子請求受付システム
電子証明書失効申請書**

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1
 法人名 〇〇〇法人 △△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)	K	J	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1
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 〇〇県△△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	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
有効期限	平成 26 年 11 月 1 日～平成 29 年 11 月 1 日													
失効年月日	平成 26 年 12 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 26 年 11 月 1 日

電子請求受付システム
電子証明書失効申請書

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇〇 〇〇 〇〇 様

申請者 住 所 〇〇県△△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)	H	D	1	3	9	9	9	9	9	9	9		
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ) サンカクサンカクサンカクホウジン △△△法人												
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1	(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 〇〇県△△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	● 代理人の場合は、記載不要。												
有効期限	平成 26 年 11 月 1 日～平成 29 年 11 月 1 日												
失効年月日	平成 26 年 12 月 1 日												
失効理由	代理請求期間の終了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	