

(国保連) 資料 2	H20.8.7
地域生活支援給付に係る 事業者説明会	
千葉県国民健康保険団体連合会	

《付録》 各種帳票と記載例

帳票サンプル

平成20年8月7日
千葉県国民健康保険団体連合会

帳票一覧

№	様式番号	様式名	方向	記載頁
1	様式1-1	障害福祉サービス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-2
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-3
3	様式1-3	電子請求受付システムアドレス通知	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-4
4	様式2-1	見積書	国保連合会 →事業所 または、代理人	付-5
5	様式2-2	請求書	国保連合会 →代理人	付-6
6	様式4-1	代理人登録申請書(新規)	代理人 →国保連合会	付-7
7	様式4-2	代理請求申請書	代理人 →国保連合会	付-8~9
8	様式4-3	委任状	事業所 →代理人 →国保連合会	付-10
9	様式4-5	代理請求申請書類送付状	代理人 →国保連合会	付-11
10	様式5-1	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-12
11	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-13
12	様式6	電子証明書失効申請書	事業所 または、 代理人、 →国保連合会	付-14

＊様式4-4はありません。

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

開設者
住所
理事長
代表者氏名 様

氏名

印

給付費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
法人等 種別		郵便 番号									
(請求先) 事業所 名称			電話 番号								
			F A X 番号								
フリガナ			振込先								
所在地			支店名								
			口座 番号	普通 当座 その他							
フリガナ			フリガナ								
請求者			(口座名義人) 受領者								
届出理由 (該当番号に○をつけてください) 1 新設 2 請求者及び受領者(口座名義)の変更 3 振込先及び口座番号の変更 4 その他 ()	異動年月		旧事業所番号								
	年 月 請求分より		支払先事業所番号								
	※摘要										
Eメール											
決定通知等の送付データの形式			PDF		CSV						
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											

※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。

電子請求登録結果に関するお知らせ

×××事業所

殿

平成19年 6月 8日

〇〇〇国民健康保険団体連合会

障害福祉サービス費等の電子請求に関し、下記のとおり登録いたしましたので、ご連絡いたします。

事業所番号	5010000001											
住所	〒999-9999 〇〇〇△△市××町1-1											
事業所名	×××事業所											
テストID	TJ5010000001											
(仮)パスワード												
大文字	大文字	小文字	大文字	小文字	大文字	小文字	数字	数字	数字	数字	数字	
ティ	エイ	ビ	シー	ディ	イー	エフ	ゼロ	ゼロ	ゼロ	ゼロ	イチ	
T	A	b	C	d	E	f	0	0	0	0	1	
証明書発行用パスワード												
小文字	大文字	数字	数字	大文字	小文字	大文字	小文字	小文字	数字	小文字	大文字	
エッチ	アイ	二	コ	エル	エル	エヌ	ビ	アール	ヨン	ワイ	クワリ	
h	I	2	5	L	m	N	p	r	4	y	W	
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 大切に保管して下さい												

※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。

電子請求受付システムアドレス通知

障害者自立支援における介護給付費等の請求を行うための、電子請求受付システムのアドレスを通知致します。

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

<http://www.xxxxxxxxxx.xxx/>

(電子請求受付システムの総合窓口)

様式2-1

〒000-0000
 ○○県○○市XXXXX1-2-34

○○事業所

申請者 太郎 様

△△△国民健康保険団体連合会

〒000-0000
 ○○県○○市XXXXX9-9-9

電話 12-3456-7890
 FAX 12-3456-7890

見積書

発行日 2007/08/10

見積明細

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

- ※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。
 ※2 証明書発行手数料については、様式例の値は、サンプルである。

様式2-2

〒000-0000
〇〇県〇〇市XXXXX1-2-34

代理人法人名

代理人 太郎 様

△△△国民健康保険団体連合会

〒000-0000
〇〇県〇〇市XXXXX1-2-34

電話 12-3456-7890
FAX 12-3456-7890

請 求 書

発 行 日 2007/8/10

請 求 明 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

請求ID : HD999999999901

振込先

金融機関名 : 〇〇銀行
支店名 : ◇◇支店(123)
口座種別 : 普通
口座番号 : 1234567
口座名 : サンカクサンカクサンカクレンゴウカイ

振込時の「振込人名」には
請求書に記載された
「請求 ID」を必ず記入する。

注) お振込みの際、「振込み人名」の欄に本請求書に記載されている請求IDのみを入力してください。
請求IDが入力されていない場合、振込みの確認が取れない場合があります。

(振り込み手数料は御客様の御負担でお願い致します。)

備考: 御振り込み控をもって、領収書と替えさせていただきます。

振込み期限: 発行日の翌月末日

- ※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。
※2 証明書発行手数料については、様式例の値は、サンプルである。

電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

千葉県国民健康保険団体連合会
理事長 志賀 直温 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。

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 —
		(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)
	本番用	H —
		(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	

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)

千葉県国民健康保険団体連合会
理事長 志賀 直温 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											—	
		本番用	H											—	
	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											—	
		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													

※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															—		
		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																	
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 状

千葉県国民健康保険団体連合会
理事長 志賀 直温 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
☐	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(通)
委任状	通	同一事業者・第三者	

＜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)	〒 ー
住所 (必須)	(カナ)
電話番号 (必須)	
連絡欄	

電子請求代理人登録結果に関するお知らせ

代表 次郎

殿

発行日 2007/8/10

〇〇〇国民健康保険団体連合会

障害福祉サービス費等の電子請求に関し、下記のとおり登録いたしましたので、ご連絡いたします。

本番号ユーザ I D : HD1234567890-00

仮パスワード :

大文字	大文字	小文字	大文字	小文字	大文字	小文字	数字	数字	数字	数字	数字
ティ	エイ	ビー	シー	ディー	イー	フ	ゼロ	ゼロ	ゼロ	ゼロ	イチ
T	A	b	C	d	E	f	0	0	0	0	1

仮パスワードは、新規登録時またはパスワード再発行時のみ表記されます

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

電話番号 : 999-999-9999

FAX番号 : 999-999-9999

メールアドレス : dairinin@jo

住所 : 〒 1 1 1 - 1 1 1 1
〇〇県
△△市◇◇1-2-3

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。

※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

代表 次郎

殿

発行日 2007/8/10

〇〇〇国民健康保険団体連合会

下記の通り、証明書発行用パスワードを通知します。

ユーザ I D : HD1234567890-00

証明書発行用パスワード :

小文字	大文字	数字	数字	大文字	小文字	大文字	小文字	小文字	数字	小文字	大文字
エツ	アイ	ニ	コ	Il	Il	Il	ビ	ア	ヨ	ウ	タ
h	l	2	5	L	m	N	p	r	4	y	W

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下さい。

※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。

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

千葉県国民健康保険団体連合会
理事長 志賀 直温 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。

[illegible]

※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

①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

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
理事長 〇〇 〇〇 様

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



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>	表 2-3 「押印で使用する と必要な添付書類」を参照	
	<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>〇〇県△△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 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	-
		(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)	
	本番用	H	-
		(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)	

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。

登録内容について確認が取れる
連絡先を記載する。

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。

＜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

〔①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

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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 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



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 ※1	テスト用 本番用	T													—			
			H													—			
	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 〇〇県△△市◇◇1-2-3															
	電話番号 (必須)			999-999-9999															
事業所	事業所名称		〇〇事業所																
	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19年10月																
	委任終了年月		平成99年99月																
委任状の添付		■有 □無																	

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。

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	
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

〔①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

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 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

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>〇〇事業所</u>									
	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>△△△法人</u>
	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>

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。

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〕

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

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(1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	

「2. 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>〇〇県△△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

〔②代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)〕

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)

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 〇〇 〇〇 様

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



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 ※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) 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 〇〇県△△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																
	ユーザID	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
	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		

〔②代理請求の新規申請(代理人が登録済みの場合)〕

$$(\underline{2} / \underline{2})$$

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	3				
	ユーザID	テスト用	T	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	—	0	0
		本番用	H	1	3	3	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	4				
	ユーザID	テスト用	T	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	—	0	0
		本番用	H	1	4	4	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

〔②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

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 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、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>△△事業所</u>
	事業所番号	<u>2 2 2 2 2 2 2 2 2 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>△△△法人</u>
	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

〔②代理請求の新規申請 (代理人が登録済みの場合)〕

〇〇〇国民健康保険団体連合会 〇〇課様

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、 <u>第三者</u>	

＜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>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号 (必須)	<u>888-888-8888</u>
連絡欄	

「事業所が証明書を失効する場合」

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

〇〇〇国民健康保険団体連合会
理事長 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)	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
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		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	