様式4－4

| 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（変更・削除）

大分県国民健康保険団体連合会
　　理事長　　中野　五郎　　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おいて、
代理人登録した内容を次のとおり　・変更したい　　ので申請します。
　　・削除したい

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ユーザID ※1 | テスト用 | T | ー | |
| | 本番用 | H | ー | |
| 法人名（必須） | | （カナ） | | |
| | | | | |
| 役職・部署名 | | （カナ） | 変更箇所にレ印 | |
| | | | | |
| 氏名 または代表者名 （必須） | | （カナ） | | |
| | | | | |
| 郵便番号（必須） | | 〒　　ー | | |
| 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） | | |

※1　既に代理人登録を行っている場合は、必須。