

《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
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	-3-
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	-4-
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	-5-
4	様式2-1	見積書	国保連合会 →事業所 または、代理人	-6-
5	様式2-2	請求書	国保連合会 →代理人	-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	-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	-9-
8	様式4-1	代理人登録申請書(新規)	代理人 →国保連合会	-10-
9	様式4-2	代理請求申請書	代理人 →国保連合会	-11~12-
10	様式4-3	委任状	事業所 →代理人 →国保連合会	-13-
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	-14-
12	様式4-5	代理請求申請書類送付状	代理人 →国保連合会	-15-
13	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	-16-
14	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	-17-
15	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	-18-
16	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	-19-

帳票一覧

(2/2)

No.	様式番号	様式名	方向	記載頁
17	様式7-2	証明書期限切れ事前通知	国保連合会 →事業所 または、代理人	-20-
18	様式7-3	証明書パスワード再発行依頼通知	事業所 または、代理人 →国保連合会	-21-

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

理事長
代表者氏名

様

開設者
住所

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						
					FAX 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						
1 2 3 4	届出理由 (該当番号に○をつけてください)				異動年月		旧事業所番号				
	新設				年 月 請求分より		支払先事業所番号				
	請求者及び受領者(口座名義)の変更				※摘要						
	振込先及び口座番号の変更										
	その他 ()										
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 ティ	大文字 エイ	小文字 ビ	大文字 シー	小文字 ディ	大文字 イー	小文字 フ	数字 ゼロ	数字 ゼロ	数字 ゼロ	数字 ゼロ	数字 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 エッチ	大文字 アイ	数字 ニ	数字 ゴ	大文字 エル	小文字 エル	大文字 エヌ	小文字 ビ	小文字 アル	数字 ヨン	小文字 ワイ	大文字 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.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  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



をクリックし、取得します。

様式2-1

000 0000
(〇〇)県(〇〇)市XXXXX-2-84

〇〇事業所

申請者 太郎 様

△△△国民健康保険団体連合会

〒000-0000

〇〇県〇〇市XXXXX-3-3

電話 12-3456-7890

FAX 12-3456-7890

見積書

発行日 2002/06/10

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 発行日の末日

※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。

〒000-0000
〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇〇 1-2-34

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

〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇〇 1-2-34

電話 12-3456-7890

FAX 12-3456-7890

請 求 書

発行日 2022/2/10

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 : F0000000000001

振込先

金融機関名 : 〇〇銀行
支店名 : 〇〇支店000
口座種別 : 普通
口座番号 : 1234567
口座名 : シンカワシマワシマワシマワシマワシ

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、振込みの確証が取れない場合があります。

(振込済み手数料は着振の御負担をお願い致します。)

備考: 領収済み印を貼付し、領収書と請求書とで頂戴します。

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。

タイトル: 証明書発行完了通知

本文: 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。
証明書の画面から、証明書ファイルを取得してください。

[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]

HJ1311111111

[申請年月日]

20090105

[問い合わせ先]

ヘルプデスク: 03-5911-1559

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: 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、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]
HJ1311111111

[申請年月日]
20090105

[却下理由]
既に発行済みのため却下します。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク: 03-5911-1559

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。

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)

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

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																—	
		(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	

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・変更・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

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)																		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)		〒																—					
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		

平成 年 月 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、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	

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)

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

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
 ・削除したい
 ので申請します。

[illegible]

※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	
変更・削除日	平成 年 月 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(通)	変更(通)	委任期間(通)
委任状	通	同一事業者・第三者・地方自治体	

<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ID : HD1234567890-00

仮パスワード :

大文字 ティ	大文字 エイ	小文字 ビー	大文字 シー	小文字 ディー	大文字 イー	小文字 フ	数字 ゼロ	数字 ゼロ	数字 ゼロ	数字 ゼロ	数字 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@ig

住所 : 〒 111-1111
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
エツチ	ア-イ	ニ	コ	Il	Il	Il	ヒ-	ア-ll	ヨン	ウ-イ	タ'フ'リャ-
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。

受付番号	
------	--

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

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)	テスト用	T											-						
	本番用	H											-						
事業所名 または、法人名 (必須) ※1		(カナ)																	
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1		(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																			
有効期限		平成 年 月 日～平成 年 月 日																	
失効年月日		平成 年 月 日																	
失効理由																			

※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: 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]
HJ1311111111

[有効期間]
20091205

[失効年月日]
20090105

[失効理由]
申請者からの依頼により失効します。

[問い合わせ先]
ヘルプデスク: 03-5911-1559

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: 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、証明書の画面から
新規証明書の発行依頼を行ってください。

[連合会名]
〇〇〇国民健康保険団体連合会

[ユーザ ID]
HJ1311111111

[有効期間]
20091205

[問い合わせ先]
ヘルプデスク: 03-5911-1559

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: 証明書パスワード再発行依頼通知

本文: 電子請求受付システムからのお知らせです。
事業所・代理人より証明書パスワードの再発行依頼が行われました。
添付のパスワード通知書を印刷し、郵送の処理を行ってください。

[問い合わせ先]

ヘルプデスク: 03-5911-1559

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

[障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届]

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

〇〇〇国民健康保険団体連合会

開設者

理事長

住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3

代表者氏名

〇〇 〇〇 様

氏名 申請 太郎



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

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。

事業所 番号	5010000001			郵便 番号	〇〇〇 〇〇〇〇			会 使 用 権					
法人等 種別	01	社会福祉法人(社協以外)		電話 番号	98-7654-3210								
(請求先) 事業所 名称	×××事業所			FAX 番号	98-7654-3211								
フリガナ	マルマルケンヤシノカクザンカクシンカクタンカクタン1-2-3			振込先	0 1 2 3 〇〇銀行								
				支店名	4 5 6 ◇◇支店								
所在地	〇〇県△△市◇◇1-2-3			口座 番号	普通 当座 その他	0	1	2	3	4	5	6	
フリガナ	シンセイ タロウ			フリガナ	シンセイ タロウ								
請求者	申請 太郎			(口座名義人) 受領者	申請 太郎								
届出理由(該当番号に○をつけてください)				異動年月		旧事業所番号							
① 新設				07 年 10 月 請求分より		支払先事業所番号							
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更				※摘要									
3 振込先及び口座番号の変更													
4 その他()													
Eメール	jigvousho@ip												
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				印									
氏名													
備 考				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。									

決定通知等の送付データでCSVを
希望する場合は、CSVに○を
マークする。

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】

受付番号

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。

表 2-3 「押印で使用する
と必要な添付書類」を参照

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>												
		<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>												
電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>												
FAX番号		<u>999-999-9999</u>												
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)												

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
メールで受信する場合に記載する

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	

【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

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)

-24-

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

印

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>

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。

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
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	地方自治体

「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) 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	不在の場合は、担当花子までお問い合わせ下さい。

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)〕

受付番号

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) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>																
	役職・部署名		(カナ) <u>リジチヨウ</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>																
	電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>																
事業所	事業所名称		<u>△△事業所</u>																
	事業所番号		2 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	-	0	0	
		本番用	H	J	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		

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</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>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> ・地方自治体	

<担当者>

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>
	<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	

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)〕

受付番号

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 新◇◇◇法人
代表者 代理 次郎



新法人で記載し、押印する。

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) 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(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																				
FAX番号		999-999-9999																				
メールアドレス		dairinin@jp																				
事業所番号		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (代理人が事業所の場合に記入)																				
ユーザID	テスト用	T <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (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 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (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	

【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)】

受付番号

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 新◇◇◇法人
代表者 代理 次郎

印

新法人で記載し、押印する。

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。

代理人	ユーザID ※1	テスト用	T												-		
		本番用	H												-		
	法人名(必須)		(カナ) シンシカクシカクシカクホウジン <u>新◇◇◇法人</u>														
	役職・部署名		(カナ) リジチョウ <u>理事長</u>														
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ) ダイヒョウ ジロウ <u>代表 次郎</u>														
	郵便番号(必須)		〒 <u>111-1111</u>														
	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 <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>														
電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>															
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>														
	ユーザID	テスト用	T	<u>J</u>	<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>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
		本番用	H	<u>J</u>	<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>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月														
	委任終了年月		平成 <u>99</u> 年 <u>99</u> 月														
委任状の添付		☒ 有 ☐ 無															

変更箇所にレ印

新法人での委任期間を

委任を受けている事業所を全て記載

※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		

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。

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



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									

新法人での委任期間を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>新◇◇◇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

〔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）〕

受付番号

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（変更・削除）

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

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。

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
・削除したい ので申請します。

旧法人で記載し、押印する。

ユーザID ※1	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	(他の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	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	(他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)															
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>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>														
電話番号（必須）		<u>999-999-9999</u>														
FAX番号		<u>999-999-9999</u>														
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)														

変更箇所にし印

※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	
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)〕

受付番号

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



旧法人で記載し、押印する。

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	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) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <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>															
電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>																
事業所	事業所名称		<u>〇〇事業所</u>															
	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 8 月															
	委任終了年月		平成 19 年 9 月															
委任状の添付		☒ 有 ☐ 無																

委任を受けている事業所を
全て記載する。

委任期間を変更する事業所を記載する。
(申請時の内容を記載する。)

旧法人での委任終了年月を記載する。

委任期間を変更した委任状が必要となる。

※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		

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。

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



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>8</u> 月～平成 <u>19</u> 年 <u>9</u> 月									

旧法人での委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>	印
	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

〔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〕

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(1通)	変更(通)	削除(1通)
代理請求申請書	新規(1通)	変更(通)	委任期間(1通)
委任状	2通	同一事業者・ <u>第三者</u> ・地方自治体	

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) <u>シンシカクシカクシカクハウジン</u>
	<u>新◇◇◇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	

記載例

〔④法人名以外の代理人情報を変更する場合〕

受付番号

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(変更・削除)

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



障害者自立支援における介護給付費等の請求において、

変更後の情報を記載する。

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 <u>D</u> <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> - <u>0</u> <u>0</u> (他の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 <u>D</u> <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> - <u>0</u> <u>0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)
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> <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 サブロウ</u> <u>代表 三郎</u>
郵便番号(必須)		〒 <u>111-9999</u>
住所(必須)		(カナ) <u>シカクシカクケン マルマルシ サンカクサンカク</u> <u>◇◇県〇〇市△△9-9-9</u>
電話番号		<u>111-111-1111</u>
FAX番号		<u>111-111-1111</u>
メールアドレス		<u>henkou@jp</u>
事業所番号		 (代理人が事業所の場合に記入)

変更箇所にし印をマークする。

変更箇所にし印

※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	
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〕

受付番号

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



変更後の情報を記載する。

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	T	<u>D</u>	<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>	-	<u>0</u>	<u>0</u>	
		本番用	H	<u>D</u>	<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>	-	<u>0</u>	<u>0</u>	
	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>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 サプロウ</u> <u>代表 三郎</u>															
	郵便番号(必須)		〒 <u>111-9999</u>															
	住所(必須)		(カナ) <u>シカクシカクケン マルマルシ サンカクサンカク</u> <u>◇◇県〇〇市△△9-9-9</u>															
	電話番号(必須)		<u>111-111-1111</u>															
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>															
	ユーザID	テスト用	T	<u>J</u>	<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>	-	<u>0</u>	<u>0</u>	
		本番用	H	<u>J</u>	<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>	-	<u>0</u>	<u>0</u>	
	委任開始年月		平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月															
	委任終了年月		平成 <u>99</u> 年 <u>99</u> 月															
委任状の添付		☒ 有 ☐ 無																

変更箇所にレ印をマークする。

変更箇所にレ印

委任を受けてい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		

記載例

〔④法人名以外の代理人情報を変更する場合〕

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(1 通)	削除(通)
代理請求申請書	新規(通)	変更(1 通)	委任期間(通)
委任状	通	同一事業者・ <u>第三者</u> ・地方自治体	

<担当者>

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>
	<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>111-111-1234</u>
連絡欄	

記載例

〔⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合〕

受付番号

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。

(1/1)

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) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>																
	役職・部署名		(カナ) <u>リジチヨウ</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>																
	電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>																
事業所	事業所名称		<u>△△事業所</u>																
	事業所番号		2 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 19 年 10 月																
	委任終了年月		平成 21 年 12 月																
委任状の添付		☒ 有 ☐ 無																	

委任期間を変更する事業所を記載する。
(申請時の内容を記載する。)

変更する委任終了年月を記載する。

委任期間を変更した委任状が必要となる。

※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		

記載例

〔⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合〕

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



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</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u> <u>2</u>
	委 任 期 間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> ~ 平成 <u>21</u> 年 <u>12</u> 月

変更する委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>	印
	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

〔⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合〕

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(通)	変更(通)	委任期間(1通)
委任状	1通	同一事業者・ <u>第三者</u> ・地方自治体	

<担当者>

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>
	<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	

記載例

〔⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合〕

受付番号

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。

(1/1)

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) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <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>															
	電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>															
事業所	事業所名称		<u>△△事業所</u>															
	事業所番号		2 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	2	2
		本番用	H	J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	委任開始年月		平成 19 年 10 月															
	委任終了年月		平成 19 年 12 月															
委任状の添付		☒ 有 ☐ 無																

委任期間を変更する事業所を記載する。
(申請時の内容を記載する。)

変更する委任終了年月を記載する。

委任期間を変更した委任状が必要となる。

※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		

記載例

〔⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合〕

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



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</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	委 任 期 間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> ~ 平成 <u>19</u> 年 <u>12</u> 月									

変更する委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>	印
	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

〔⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合〕

委任期間の変更に伴い当該代理人のIDが
不要となった場合に申請する。

受付番号

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(変更・削除)

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おいて、

代理人登録した内容を次のとおり ・変更したい
・削除したい ので申請します。

ユーザID ※1	テスト用	T	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	(他の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	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0
	(他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)															
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) 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														
FAX番号		999-999-9999														
メールアドレス		dairinin@jp														
事業所番号																
		(代理人が事業所の場合に記入)														

変更箇所
に
レ
印

※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	
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〕

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(1通)
代理請求申請書	新規(通)	変更(通)	委任期間(1通)
委任状	1通	同一事業者・ <u>第三者</u> ・地方自治体	

<担当者>

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>
	<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〕

受付番号

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	<u>J</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	—	<u>0</u>	<u>0</u>
	本番用	H	<u>J</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	—	<u>0</u>	<u>0</u>
事業所名 または、法人名 (必須) ※1		(カナ) <u>サンカクサンカクジギョウシヨ</u>															
		<u>△△事業所</u>															
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1		(カナ) <u>ジギョウシャ ジロウ</u>															
		<u>事業者 次郎</u>															
郵便番号(必須)		〒 <u>111</u> — <u>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>999-999-9999</u>															
FAX番号		<u>999-999-9999</u>															
メールアドレス		<u>jigyousya@jp</u>															
事業所番号		<u>J</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>			
有効期限		平成 <u>19</u> 年 <u>7</u> 月 <u>1</u> 日～平成 <u>20</u> 年 <u>6</u> 月 <u>30</u> 日															
失効年月日		平成 <u>19</u> 年 <u>8</u> 月 <u>1</u> 日															
失効理由		<u>事業所の廃止に伴い証明書が不要となったため。</u>															

※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 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◇◇1-2-3
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)	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
事業所名 または、法人名 (必須) ※1		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>△△△法人</u>														
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1		(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>														
電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>														
FAX番号		<u>999-999-9999</u>														
メールアドレス		<u>dairinin@jp</u>														
事業所番号		代理人の場合は、記載不要。														
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		<u>代理請求期間の終了に伴い証明書が不要となったため。</u>														

※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	