

「委任状」について

また、開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、「新型コロナワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届」と併せて「委任状」を本会へ提出していただく必要があります。委任状をご提出の際は、委任者の印鑑証明も併せてご提出くださいますようお願い
します。

「委任状」及び「委任状の記載例」についても本会ホームページからダウンロードできます。

【参考】

<h1>委 任 状</h1>		医療機関等番号
大阪府国民健康保険団体連合会 理 事 長 殿		
委任者	住 所 氏 名	※開設者(代表者)の住所及び氏名を記入してください。
		※印鑑を押印願います。 なお、委任者のみ印鑑証明の提出も併せて願います。
委任者は、都合により下記受任者をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。		
委 任 事 項 (1, 2のいずれかを委任する場合、他方は抹消のこと)		
1 新型コロナウイルス感染症の予防接種等費用の請求に関すること。		
2 新型コロナウイルス感染症の予防接種等費用の受領に関すること。		
なお、本受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者から本委任を解除した旨の文章が送達された日をもって受任者の代理権が消滅したものといたします。		
令和 年 月 日		※代理請求者または口座名義人の住所及び氏名を記入してください。
上記委任の件承諾いたしました	受 任 者	住所 氏 名
日付を記入してください。		※印鑑を押印願います。

「委任解除届」について

なお、委任を解除された場合は、「委任解除届」を本会へ提出していただく必要がありますので、本会へご連絡ください。

【参考】

委任解除届		医療機関等番号
大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 殿		
日付を記入してください。	委任者	住所 氏名
		※開設者(代表者)の住所及び氏名を記入してください。 ※印鑑を押印願います。 なお、委任者のみ印鑑証明の提出も併せて願います。印
委任者は、令和 年 月 日付けをもって下記1の者(以下「代理人」という。)に対し、下記2の事項について、代理権授与の届出をいたしておりましたが、このたび都合により委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。		
記		
1 受任者	住所 氏名	※代理請求者または口座名義人の住所及び氏名を記入してください。 ※1.2のいずれかの委任を解除する場合は、他方は抹消してください。
2 1)新型コロナウイルス感染症の予防接種等費用の請求に関すること。 2)新型コロナウイルス感染症の予防接種等費用の受領に関すること。		