

令和 年 月 日

診療(調剤)報酬の請求及び受領に関する
委 任 状

医療機関コード (薬局コード)	
--------------------	--

大阪府国民健康保険団体連合会
理 事 長 殿

住 所
委 任 者 氏 名

印

下記受任者をもって代理人と定め、下記権限を委任します。

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) 診療(調剤)報酬の請求に関すること。
- 2) 診療(調剤)報酬の受領に関すること。

なお、本受任者の代理権については、貴連合会に対し、委任者から「委任解除届」又は新たな「委任状」が送達された日をもって消滅するものとします。

住 所
受 任 者 氏 名

令和 年 月 日

診療(調剤)報酬の請求及び受領に関する
委任解除届

医療機関コード (薬局コード)	
--------------------	--

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

印

下記受任者に対する下記事項の委任を解除します。

記

- 1) 診療(調剤)報酬の請求に関すること。
- 2) 診療(調剤)報酬の受領に関すること。

受任者 住 所
 氏 名