

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

委任者  
住所  
氏名

開設者の住所及び氏名をご記入ください。  
開設者が法人の場合、委任者の氏名欄には  
**法人名・役職・代表の方の氏名**の3点をご記入ください。

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。

開設者の実印を押印ください。  
また、添付書類として**開設者の印鑑証明書(3か月以内の原本)**を添付してください。

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」又は新たに「委任状」が送達された~~  
日をもって消滅するものとします。

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。