

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

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。

住 所
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、
「~~代理請求者または口座名義人の住所及び氏名~~」が逆さされた
日をもって消滅するものとします。

受任者

~~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。

住 所
氏 名