

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お願いします。

印

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 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

上記委任の件承諾いたしました

日付を記入してください。

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。

※印鑑を押印願います。

印