

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

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

下記受任者に対する下記事項の委任を解除します。

1.2のいずれかの委任を解除する場合は、他方を抹消してください。

- 1) 診療(調剤)報酬の請求に関する事項
- 2) 診療(調剤)報酬の受領に関する事項

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。

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。
受任者の氏名欄は口座名義と同じ内容をご記入ください。

住 所
氏 名