

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

※開設者の住所及び氏名を記入してください。

日付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願います。

印

委任者は、令和 年 月 日付けをもって下記1の者(以下「代理人」という。)に対し、下記2の事項について、代理権授与の届出をいたしておりましたが、このたび都合により委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。

記

1 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。

2 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。

※1.2のいずれかの委任を解除する場合は、他方は抹消してください。