

※この書類の記入箇所（すべて）において訂正がある場合、
訂正箇所に二重線を引き、訂正印として委任者の印（法人印）を押印してください。

※委任状を作成した日を記入してください。

令和 年 月 日

介護給付費等の請求及び受領に関する

委 任 状

※医療機関で、みなし指定の場合

医科：271

歯科：273 +医療機関コード

調剤：274

事業所 番 号																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大阪府国民健康保険団体連合会
理 事 長 様

※開設者の住所・法人名・役職・
代表者名を記入してください。

法人住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
委任者 法人名称 医療法人 〇〇会
役職・代表者名 理事長 介護 太郎 印

※法務局で登録（印鑑登録）している法人印を押印してください。
なお、委任者のみ印鑑証明書の提出も併せてお願いします。
* 印鑑証明書は、発行から3か月以内の原本を提出してください。

下記の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) 介護給付費等の請求に関すること。
- 2) 介護給付費等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」又は新たな「委任状」が送達された日をもって消滅するものとします。

※請求者又は受領者（口座名義人）の住所・
氏名を記入してください。

住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
受任者 医療法人〇〇会 〇〇事業所
氏名 施設長 大阪 花子