

令和 年 月 日

# 介護給付費等の請求及び受領に関する 委任解除届

事業所 番号										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大阪府国民健康保険団体連合会  
理事長様

委任者 法人住所  
法人名称  
役職・代表者名

印

下記の受任者に対する下記事項の委任を解除します。

記

- 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。

受任者 住所  
氏名