

※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。

※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 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

※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

※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。