

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3か月以内かつ原本での提出をお願いします。

私は、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、代理権授与の届をいたしておりましたが、このたび都合により令和 年 月 日付けをもって委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。

※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。

※委任解除した日を
記入してください。

記

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

※法人印若しくは施設長印等を押印してください。

- 2 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。