

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<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

大阪府国民健康保険団体連合会  
理事長様

法人住所  
委任者 法人名称  
役職・代表者名 印

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。

記

1 受任者 住所  
氏名 印

- 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。