

令和      年      月      日

特定健診等費用の請求及び受領に関する  
委                  任                  状

健診等 機関番号										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大阪府国民健康保険団体連合会  
理      事      長                  様

住所  
委任者  
氏名                                  印

下記受任者をもって代理人と定め、下記権限を委任します。

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）特定健康診査・特定保健指導等費用の請求に関すること。
- ２）特定健康診査・特定保健指導等費用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。

住所  
受任者  
氏名

令和 年 月 日

# 特定健診等費用の請求及び受領に関する 委任解除届

健診等 機関番号										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大阪府国民健康保険団体連合会  
理 事 長 様

住所  
委任者  
氏名 印

下記受任者に対する下記事項の委任を解除します。

記

- 1) 特定健康診査・特定保健指導等費用の請求に関すること。
- 2) 特定健康診査・特定保健指導等費用の受領に関すること。

住所  
受任者  
氏名