

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事。
- 2) 特定健康診査・特定保健指導等費用の受領に関する事。

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事。
- 2) 特定健康診査・特定保健指導等費用の受領に関する事。

住所
受任者 氏名