保険医療機関等コード						

委　任　状

私は、都合により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め下記の権限を委任します。

委　任　事　項

１．診療（調剤）報酬等の請求に関すること。

２．診療（調剤）報酬等の受領に関すること。

おって、本委任を解除する場合は双方連絡のうえ届出のない限り、その効力のないことを誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

山形県国民健康保険団体連合会理事長　殿

委 任 者　住 所

氏 名　　印

上記の委任の件、承諾いたしました。

受 任 者　住 所

氏 名　　印

保険医療機関等コード						

記入例

委　任　状

私は、都合により＿＿＿＿＿受　任　者＿＿＿＿＿を代理人と定め下記の権限を委任します。

委　任　事　項　　該当するものに○を記入ください

１．診療（調剤）報酬等の請求に関すること。
２．診療（調剤）報酬等の受領に関すること。

おって、本委任を解除する場合は双方連絡のうえ届出のない限り、その効力のないことを誓約いたします。

平成　　年　　月　　日　　作成した年月日を記入ください

山形県国民健康保険団体連合会理事長　殿

委 任 者　住 所

氏 名　　開 設 者　　印

上記の委任の件、承諾いたしました。

受 任 者　住 所

氏 名　　代 理 人　　印