|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

記入例

委 任 状

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関等コード | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

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