

令和 年 月 日

委 任 状

(委任者) 住 所 _____
医コード _____
名 称 _____
氏 名 _____ 印

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任する。

国民健康保険の加入者が資格喪失後に被保険者証を返還せず、無資格で医療機関等を受診することに伴う資格過誤が発生した際に、債務者に対して診療(調剤)報酬債権を委任者に代わって行使すること。

また、代理者に対しては、上記診療(調剤)報酬債権の行使に関する代理権限を付与する。

記

(代理人) 住 所 群馬県前橋市元総社町335番地8
名 称 群馬県国民健康保険団体連合会
氏 名 理事長 熊川 栄

以上