

## 委任解除届

私は、  
から下記の権限を受任しておりましたが、今般都合によりこれを解除します。

### 解除事項

- 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。

令和 年 月 日

住 所

受任者

氏 名

印

上記委任解除の件承諾いたしました。

住 所

委任者

氏 名

印

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

※受任者の印鑑登録証明書（発行日から3月以内）を添付してください。