# 委　　任　　状

私は、都合により　　をもって代理人と定め、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。

なお、本委任を解除する場合には、双方連署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。

令和　　年　　月　　日

住　所

委任者

氏　名　　印

上記委任の件承諾いたしました。

住　所

受任者

氏　名　　印

群馬県国民健康保険団体連合会理事長　　様

※委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。