

受任者（口座名義人）が個人の場合は、
受任者の氏名を記入してください。
法人の場合は、法人の名称、役職及び氏
名を記入してください。

委 任 状

私は、都合により △△病院 院長 後期 花子 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とする。

令和 7 年 4 月 1 日

委任者

住 所 群馬県前橋市〇〇町 1 - 1
医療法人〇〇会
氏 名 理事長 国 保 太 郎

印

上記委任の件承諾いたしました。

受任者

住 所 群馬県前橋市〇〇町 2 - 2
△△病院
氏 名 院 長 後 期 花 子

印

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

個人の場合は、開設者の住所・氏名を記載し、
押印してください。
法人の場合は、法人の住所・名称、役職及び代
表者氏名を記載し、法人印を押印してください。

個人の場合は、口座名義人の住所・氏名を記載し、押印
してください。
法人の場合は、口座名義人に係る法人の住所・名称、役
職及び代表者氏名を記載し、法人印を押印してください。

※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。

委任者欄に押印した印の印鑑登録証明書を添付
してください。