

委任者（開設者）が個人の場合は、委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 解 除 届

私は、医療法人〇〇会 理事長 国保 太郎 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 7 年 4 月 1 日

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

上記委任解除の件承諾いたしました。

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

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

個人の場合は、解除する受任者（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、解除する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。

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。

※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。

受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。