

委 任 状

医療機関コード(7桁)

医 療 機 関 名

医療機関所在地

開 設 者

私は都合により
権限を委任します。

記

委任事項

1. 診療（調剤）報酬の請求に関すること。

(年 月 振込分より変更)

2. 診療(調剤)報酬の受領に関すること。

(年 月 振込分より変更)

年 月 日

委	任	者	住	所
			氏	名

印

上記委任の件承諾しました。

受	任	者	住 氏	所 名
---	---	---	--------	--------

印

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿