

委任状

特定健診・特定保健指導機関番号[]
特定健診・特定保健指導機関名称[]

私議、[]を代理人と定め、次の権限を委任いたします。

委任事項

- (請求) 1 特定健診費用
2 特定保健指導費用
3 特定健診費用及び特定保健指導費用 } に関すること。
- (受領) 1 特定健診費用
2 特定保健指導費用
3 特定健診費用及び特定保健指導費用 } に関すること。

おって本委任を解除する場合は双方連署の上、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

委任者 住所 〒

氏名

印

上記委任の件、承諾いたしました。

受任者 住所 〒

氏名

印

鹿児島県国民健康保険団体連合会
理事長 様

作成要領

- 委任事項は、番号を○で囲んでください。なお、特定健診及び特定保健指導の両方を実施する機関が、特定健診費用又は特定保健指導費用のどちらかのみ請求及び受領の委任を行うことはできません。
- 本委任状を提出する際は、委任者の印鑑登録された印を押し、印鑑証明書(発行から3ヵ月以内)を添付してください。