

※この書類の記入箇所（すべて）において訂正がある場合、訂正箇所に二重線を引き、訂正印として委任者の印（法人印）を押印してください。

# 介護給付費等の請求及び受領に関する 委任状

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

大阪府国民健康保険団体連合会  
理事長様

※開設者の住所・法人名・役職・  
代表者名を記入してください。

※医療機関で、みなし指定の場合  
医科：271  
歯科：273 +医療機関コード  
調剤：274

法人住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号  
委任者 法人名称 医療法人 〇〇会  
役職・代表者名 理事長 介護 太郎 印

※法務局で登録（印鑑登録）している法人印を押印してください。  
なお、委任者のみ印鑑証明書の提出も併せてお願いします。  
\*印鑑証明書は3か月以内かつ原本での提出をお願いします。

都合により下記の受任者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・2のいずれかを委任する場合、他方は、抹消のこと）

- 1 介護給付費等の請求に関すること。
- 2 介護給付費等の受領に関すること。

なお、本受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より本委任を解除する旨が記載された「委任解除届」が送達された日をもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

令和 年 月 日

※委任状を作成した日を記入してください。

上記委任の件承諾いたしました。

※請求者又は受領者（口座名義人）の住所・  
氏名を記入してください。

住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号  
受任者 医療法人〇〇会 〇〇事業所  
氏名 施設長 大阪 花子 印

※法人印若しくは施設長印等を押印してください。