

※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 委任解除届

事業所 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。

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。

私は、下記1の者（以下「代理人」という。）に対し、下記2の事項について、代理権授与の届をいたしておりましたが、このたび都合により令和 年 月 日付けをもって委任を解除し、代理人の代理権が消滅しましたのでお届けいたします。

※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。

※委任解除した日を  
記入してください。

記

1 受任者 住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号  
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。

- 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。