

委 任 解 除 届

提出日 平成 年 月 日

鍼灸マ師施術機関番号

鍼灸マ師施術所名

鍼灸マ師施術所所在地

請 求 者

私儀 都合により 平成 年 月 日付を以って委任した平成 年 月以降の

下記の事項を解除します。

解 除 事 項            はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師施術療養費の受領に関すること。

平 成      年      月      日

委 任 者    住    所

(請求者)    氏    名

Ⓜ

上記解除の件承諾致しました。

受 任 者    住    所

氏    名

Ⓜ

愛知県国民健康保険団体連合会理事長    殿