

委 任 解 除 届

提出日 年 月 日

鍼灸マ師施術機関番号 ○○7○○○○○○○○

厚生局に届出された施術所名と所在地

鍼灸マ師施術所名 ○ ○ ○ 治療院

鍼灸マ師施術所所在地 ○○県○○市○○○町○丁目○○番地

解除した日の翌月（施術の月）
※解除日が1日の場合はその月

請 求 者 ○○ ○○

私儀 都合により 年 月 日付を以って委任した 年 月以降の

下記の事項を解除します。

委任状に記載した受領を委任した日付

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。

年 月 日

委任状に押印した印鑑（機関届の印鑑が変更されている場合は変更後の印鑑）

委任を解除した日

委 任 者 住 所 ○○県○○市○○○町○○番地

(請求者) 氏 名 ○○ ○○ 印

上記解除の件承諾致しました。

受 任 者 住 所 ○○県○○市○○○町○丁目○○番地

氏 名 ○○ ○○ 印

愛知県国民健康保険団体連合会理事長 殿

協会(法人)の場合は、協会(法人)名、役職、代表者名
まで記載してください