

委 任 状

特定健診・特定保健指導機関コード :
名 称 :
所 在 地 :
開 設 者 氏 名 :

都合により _____ 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 特定健康診査費用
- 2 特定保健指導費用 _____ の受領に関すること。
- 3 特定健康診査費用及び特定保健指導費用

おって、本委任状を解除する場合に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。

平成 年 月 日
愛知県国民健康保険団体連合会 殿

委任者 住 所
(開設者) 氏 名

上記委任の件承諾致しました。

受任者 住 所
氏 名

- * 委任事項は番号を _____ で囲んでください。
なお、特定健康診査及び特定保健指導の両方を実施する機関が、特定健康
診査費用または特定保健指導のどちらかのみ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、委任者の印かん登録された印を押し、印かん証
明書（発行から3か月以内）を添付してください。