

<記載例>

令和〇〇年〇〇月〇〇日

委 任 状

(委任者) 住 所 : 〇〇県〇〇〇市〇〇〇1-1-1

氏 名 : 〇〇〇〇〇〇 (医療機関等名称)

(医療機関コード: 〇〇〇〇〇〇)

開設者 (代表者) 名 ○ ○ ○ ○

印

国民健康保険の加入者が資格喪失後に被保険者証を返還せず、無資格で医療機関等を受診することに伴う資格過誤が発生した際に、債務者に対して診療 (調剤) 報酬債権を委任者に代わって行使すること。

また、代理人に対しては、上記診療 (調剤) 報酬債権の行使に関する代理権限を付与する。

記

(代理人) 住 所 : 愛知県名古屋市東区泉1丁目6番5号

氏 名 : 愛知県国民健康保険団体連合会

理事長 ○ ○ ○ ○

以上