委任状

事業所番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

茨城県国民健康保険団体連合会　理事長　殿

委任者　法人　住所

名称

役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

都合により下記の受任者を代理人と定め、以下の権限を委任します。

委任事項

該当する方を〇で囲んでください。

開設者と請求者が不一致の場合、1を選択、開設者と受領者が不一致の場合、2を選択してください。

１．介護給付費等の請求　・　２．介護給付費等の支払

なお、本受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より再度「介護給付費等の

請求及び受領に関する届」が送達された日をもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

委任年月日　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

上記委任の件承諾いたしました。

受任者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞