（細則様式第２号）

　　　　　　　　　　　　　　　　委　　　　　任　　　　　状

　　下記受任者　　　　　　　　　　　　　をもって代理人と定め国民健康保険診療（調剤）報酬の

　請求及び受領に関する権限を委任いたします。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　　愛媛県国民健康保険団体連合会　理事長　様