

委 任 状

私は、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

介護給付費の請求及び受領に関すること。

なお、本委任を解除する場合には双方連署のうえ届出のない限りその効力のないことを誓約いたします。

年 月 日

住 所

委任者

氏 名

印

上記委任の件承諾いたしました。

住 所

受任者

氏 名

印

群馬県国民健康保険団体連合会 理事長 様

* 委任者の印鑑登録証明書（発行日から3月以内）を添付してください。