|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  委　任　解　除　届 　　 私は、　　　　　　　　　から下記の権限を受任しておりましたが、今般都合によりこれを解除します。 解除事項 １　診療（調剤）報酬等の請求に関すること。 ２　診療（調剤）報酬等の受領に関すること。 令和　　年　　月　　日 　　　住　所 受任者 氏　名 印 上記委任解除の件承諾いたしました。 　　　住　所 委任者 氏　名 印 群馬県国民健康保険団体連合会理事長　　様  |  |

 ※受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。