|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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。