

委任状

私 議

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

新型コロナワクチン接種に係る費用の
請求
受領
に関すること。

なお、本委任を解除する場合には、双方連署の届出がない限り、その効力のない
ことを誓約いたします。

20 年 月 日

委 任 者

保険医療機関等の
所在地名称

開設者氏名

印

上記委任の件、承諾いたしました。

受 任 者

住 所
職 名
氏 名

印

佐賀県国民健康保険団体連合会 理事長 様