

委 任 状

特定健診等費用の請求に関すること。

請 求 者	住 所	
	職 名	
	氏 名	印

特定健診等費用の受領に関すること。

受 領 者	住 所	
	職 名	
	氏 名	印

私は、上記の者を代理人と定め、権限を委任します。

平成 年 月 日

委 任 者	健診等機関番号	
(開設者)	健診等機関名称	
	所 在 地	
	氏 名	印

※ 印鑑は「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」に捺印した印鑑を使用してください。

佐賀県国民健康保険団体連合会 理事長 様