

委 任 解 除 届

提出日 平成 年 月 日

柔道整復施術機関番号

柔道整復施術所名

柔道整復施術所在地

請 求 者

私儀 都合により 平成 年 月 日付を以って委任した平成 年 月以降の下記の事項
を解除します。

解 除 事 項 柔道整復施術療養費の受領に関すること。

平 成 年 月 日

委 任 者 住 所

(請求者) 氏 名

(印)

上記解除の件承諾致しました。

受 任 者 住 所

氏 名

(印)

愛知県国民健康保険団体連合会理事長 殿

※委任者欄に押印する印鑑につきましては、本会に届出(施術所届)されている請求印鑑でお願いします。
また、請求印鑑以外を使用される場合は、印鑑証明書を添付して下さい。