

(特-様式第5号)

1	1	1									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 委任状

私は、都合により一般社団法人埼玉県医師会をもって代理人と定め、令和 年 月 日より下記の権限を委任します。

## 委任事項

- |                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| 1 特定健診費用           | 1 請求                           |
| 2 特定保健指導費用         | の 2 受領 に関すること。（債権譲渡・差押等の場合を除く） |
| 3 特定健診費用及び特定保健指導費用 | ③ 請求及び受領                       |

令和 年 月 日

委任者 住 所

上記委任の件、承諾いたしました。

氏 名

印

受任者 住 所

氏 名

印

埼玉県国民健康保険団体連合会理事長 殿

A4 (210×297)

## 作成要領

- 1 委任事項は、番号を○で囲んでください。  
なお、特定健診及び特定保健指導の両方を実施する機関が、特定健診費用又は特定保健指導費用のどちらかのみ受領の委任を行うことはできません。
- 2 本委任状を提出する際は、~~委任者の印鑑登録された印を押し、印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。~~