

(様式第1号)

代理受領委任状

神奈川県国民健康保険団体連合会
理事長 殿

平成 年 月 日

下記受任者をもって代理人と定め、受領すべき介護報酬から原案作成料を受領する権限を委任します。

なお、受任者の代理権消滅については、貴会に対し、委任者より委任状を解除した旨の文書を送達することをもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

(委任者) 事業所番号 _____
所在地 _____
事業所名 _____
開設者名 _____ 印

(受任者) 事業所番号 _____
所在地 _____
事業所名 _____
開設者名 _____ 印