

(特一様式第7号)

特定健診・特定保健指導機関コード									
1	1	1							

# 委 任 解 除 届

私は、一般社団法人埼玉県医師会 に、下記の権限を委任しておりましたが、今般、諸般の都合によりこれを解除します。

解除事項

- |   |            |   |            |
|---|------------|---|------------|
| <p>1 特定健診費用<br/>2 特定保健指導費用<br/>3 特定健診費用及び特定保健指導費用</p> | の請求に関すること。 | <p>4 特定健診費用<br/>5 特定保健指導費用<br/>6 特定健診費用及び特定保健指導費用</p> | の受領に関すること。 |
|---|------------|---|------------|

委任者 住 所  
氏 名 ㊟

又は 受任者 住 所  
氏 名 ㊟

令和 年 月 日

上記委任解除の件、承諾いたしました。

社会保険診療報酬支払基金 埼玉県 支部長 殿

A 4 (210×297)

作成要領

- 1 解除事項は、番号を○で囲んでください。
- 2 ~~本委任解除届状を提出する際、合意解約の場合には、委任者及び受任者双方の、また、委任者・受任者のいずれかが解除する場合には、いずれか一方の印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。~~