

委 任 状

健診機関番号

健診機関名称

委任状は、下記の「受任者」欄記載の者を代理人と定め、下記の1及び2のうち、丸印を付した事項につき、委任します。

なお、本委任を解除する場合には、書面にて届出をいたします。

記

- 委任事項
- 1 特定健康診査（特定保健指導）の請求に関すること。
 - 2 特定健康診査（特定保健指導）の受領に関すること。

平成 年 月 日

委任者 住所

氏名

印

受任者 住所

氏名

印

千葉県国民健康保険団体連合会理事長 様

注 必ず印鑑登録された印を使用し、印鑑証明書を添付して下さい。

委 任 解 除 届

健診機関番号

健診機関名称

平成 年 月 日付け委任状を以って を代理人と定めた、
1 及び 2 につき、丸印を付した事項の委任を解除します。

記

- 委任事項
- 1 特定健康診査（特定保健指導）の請求に関すること。
 - 2 特定健康診査（特定保健指導）の受領に関すること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

千葉県国民健康保険団体連合会理事長 様