令和　　年　月　日提出

委　　任　　状

（委任者）　住　所　：

　　　　　　氏　名　：（医療機関等名称）

　　　　　　　　　　 （医療機関コード）

　　　　　　　　　　　　（代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印）

私は、下記の者を代理人として、次の事項について権限を委任する。

　国民健康保険の加入者が資格喪失後に被保険者証を返還せず、無資格で医療機関等を受診することに伴う資格過誤が発生した際に、債務者に対して診療報酬債権（調剤報酬債権）を委任者に代わって行使すること。

　また、代理人に対しては、上記診療報酬債権（調剤報酬債権）の行使に関する代理権限を付与する。

記

（代理人）　住　所　：　愛媛県松山市高岡町１０１－１

　　　　　　氏　名　：　愛媛県国民健康保険団体連合会　理事長