〈様式１〉

令和　　年　 月　 日

委　　任　　状

（委任者）　訪問看護事業所所在地　：

訪問看護事業所名　　　：

訪問看護事業所コード　：

開設者名　　　　　　　： 　　　　　　　　　　　　　 　印

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任する。

・　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、無資格で訪問看護事業所を受療することに伴う資格過誤が発生した際に、債務者に対して訪問看護療養費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、上記訪問看護療養費債権の行使に関する代理権限を付与する。

記

（代理人）　住　所　　： 福島県福島市中町３番７号

　　　　　　　氏　名　　： 福島県国民健康保険団体連合会

　　　　　　　　　　 　　 会長　　大和田　昭

以　上

|  |  |
| --- | --- |
| 担当名 |  |
| 連絡先 | （　　　）　　　－　　　　（内線　　　） |