

青枠内は必須です

見本 (解約用)

ご記入日 (西暦)

2019年5月1日

委任状

●●●●国民健康保険団体連合会 理事長 様

国保連お届印で
押印してください。

委任状の「事業者」には
法人様の情報を記載して
ください。

| | | |
|-----|---------|----------------------|
| 事業者 | 住所 | 神奈川県川崎市麻生区上麻生 XX-XXX |
| | 法人名 | 株式会社みつばちケア |
| | 役職・代表者名 | 代表取締役 みつばち 太郎 |



当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務及び復代理人の選任を代理人に委任します。

なお、ここでいう請求事務とは、電子請求受付システムへの登録業務、電子証明書の取得管理、およびパスワード管理を指します。

| | | |
|--------------|---------------|------------------|
| 委任元 (事業所) | 事業所名 | みつばちデイサービス |
| | 事業所番号 | 1400000015 |
| | 委任期間 | 2018年1月～ 2019年6月 |
| 委任先 (代理人) | 法人名 | 株式会社ビーシステム 印 |
| | 役職・部署名 | 代表取締役 |
| | 氏名 または代表者名 | 笠原 正博 |

西暦でご記入ください。

スマート伝送のご利用開始月～終了月をご記入ください。

■開始月

スマート伝送開始時にご提出いただいた委任状の委任期間と同じ年月

■終了月

スマート伝送解約届のご提出日が

- ・1日～27日の場合→翌月
- ・28日～月末の場合→翌々月

委任期間が分からない場合は「スマート伝送担当」までお問い合わせください。

年 月 日

委任状

群馬県国民健康保険団体連合会 理事長 様

事業者 住所

法人名

役職・代表者名

印

当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務及び復代理人の選任を代理人に委任します。

なお、ここでいう請求事務とは、電子請求受付システムへの登録業務、電子証明書の取得管理、およびパスワード管理を指します。

| | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 委任元 (事業所) | 事業所名 | |
| | 事業所番号 | |
| | 委任期間 | 年 月 ~ 年 月 |
| 委任先 (代理人) | 法人名 | 株式会社ビーシステム 印 |
| | 役職・部署名 | 代表取締役 |
| | 氏名 または代表者名 | 笠原 正博 |