

平成 年 月 日

# 委任状

福井県国民健康保険団体連合会 理事長 様

事業者 住所

法人名

代表者

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。

委任元 (事業所)	事業所名	
	事業所番号	
	委任期間	平成 28 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