

青枠内は必須です

# 見本

ご記入日

平成 28 年 3 月 1 日

## 委任状

●●●●国民健康保険団体連合会 理事長 様

国保連お届け印で  
押印してください。

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 みつばち 太郎

委任状の「事業者」には法人様の情報を記載してください。



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<br>(事業所) | 事業所名          | みつばちデイサービス   |
|              | 事業所番号         | 140000000015 |
|              | 委任期間          | 平成 28 年 5 月～ |
| 委任先<br>(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<br>または代表者名 | 笠原 正博        |

国保連からのインターネット伝送用「電子請求登録結果 (ID・PW)」の受領日が  
・1日～27日の場合 = 2ヶ月後 (当月27日までにスマート伝送申込みが必要です)  
・28日～月末の場合 = 3ヶ月後  
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。

平成 年 月 日

# 委任状

愛知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<br>(事業所) | 事業所名          |              |
|              | 事業所番号         |              |
|              | 委任期間          | 平成 年 月～      |
| 委任先<br>(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<br>または代表者名 | 笠原 正博        |