

委任状

【代理人】 住所: _____

氏名: _____

委任者との関係: _____

上記の者に以下の権限を委任いたします。

年 月 日

【委任事項】

病名の入った診療報酬明細書

_____ 年 _____ 月分

_____ 年 _____ 月分

_____ 年 _____ 月分

医療法人 あゆみ桜会 殿

【委任者】 住所: _____

氏名: _____

電話番号: _____

※本状は記載日から6ヶ月間有効です。

※【代理人】と【委任者】欄を含め、全て委任者が記入してください。