

# 委任解除届

年 月 日 提出

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 様

委任者

所在地

法人名

氏名

印

私は、次の者を代理人と定め、次の施設につき下記のとおり権限を委任しておりましたが、これを解除いたします。

旧受任者

施設番号				
------	--	--	--	--

施設名

所在地

氏名

記

## 1 解除事項

(該当する事項にチェックをしてください)

- (1) 措置費の請求に関する事  
 (2) 措置費の受領に関する事

## 2 解除年月日

年 月 日  
ま で