(例) ○で囲まれた部分をご記入下さい。

（特-様式第５号）

特定健診・特定保健指導機関コード

委　　任　　状

私は、都合により社団法人埼玉県医師会をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

1 特定健診費用
2 特定保健指導費用　　の受領に関すること。
3 特定健診費用及び特定保健指導費用

平成２０年７月１日

委任者　住　所

氏　名　　㊞

上記委任の件、承諾いたしました。

受任者　住　所

氏　名　　㊞

埼玉県社会保険診療報酬支払

印鑑証明書の添付は必要ありません。
(シャチハタ以外の認印で可)

Ａ４（210×297）

作成要領

1 委任事項は、番号を○で囲んでください。
　なお、特定健診及び特定保健指導の両方を実施する機関が、特定健診費用又は特定保健指導費用のどちらかのみ受領の委任を行うことはできません。
2 本委任状を提出する際は、委任者の印鑑登録された印を押し、印鑑証明書（発行日から３か月以内）を添付してください。