(例) ○で囲まれた部分をご記入下さい。

（特-様式第７号）

特定健診・特定保健指導機関コード

委　任　解　除　届

私は、　　医師会に、下記の権限を委任
（から下記の権限を受任）
しておりましたが、　　除します。

該当する番号に○をつける。

解除事項

1　特定健診費用
2　特定保健指導費用　　の請求に関すること。
3　特定健診費用及び特定保健指導費用

4　特定健診費用
5　特定保健指導費用　　の受領に関すること。
6　特定健診費用及び特定保健指導費用

該当する番号に○をつける。

委任者　住　所

氏　名　　㊞

又は　受任者　住　所

氏　名　　㊞

平成２０年７月１日

上記委任解除の件、承諾いたしました。

埼玉県社会保険診療報酬支払基

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　解除事項は、番号を○で囲んで[illegible]。
2　本委任解除届状を提出する際、合意解約の場合には、委任者及び受任者双方の、また、委任者・受任者のいずれかが解除する場合には、いずれか一方の印鑑証明書（発行日から３か月以内）を添付してください。