

令和 年 月 日

長崎県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者死亡に伴う診療（調剤）報酬請求受領に関して、下記の書類を送付いたします。

記

- | | |
|--------------------|---|
| 1. 申 述 書 | 通 |
| 2. 委 任 状 | 通 |
| 3. 診療報酬振込銀行指定及び印鑑届 | 通 |
| 4. 戸 籍 謄 本 | 通 |
| 5. 印 鑑 証 明 | 通 |

住 所

氏 名

印

申 述 書

令和 年 月 日、 の死亡
に伴い、令和 年 月診療分以降にかかる診療（調剤）報酬請求受領に関し一切の権限を相続しましたので、ここに申述いたします。

なお、 の診療にかかる過誤調整が発生しました場合は、その返納を行うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

(申述書別紙)

[開 設 者]

保険医療機関等番号

機 関 名 称

氏 名

死 亡 年 月 日 令 和 年 月 日

[代 理 人]

氏 名

※申述書により令和 年 月診療分（令和 年 月振込分）

以降にかかる診療（調剤）報酬請求受領に関するものを代理人が相続
するものとします。

委任状

令和 年 月 日、 の死亡
に伴い、令和 年 月診療分以降にかかる診療（調剤）報
酬請求受領に関し一切の権限を に委任
いたしましたのでお届けします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印

住 所

氏 名

印