

委任取下届

沖縄県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

住 所

医療機関名

代 表 者

印

沖縄県国民健康保険団体連合会を取りまとめ機関として委任した以下の「医療費助成制度の自動償還及び現物給付方式に関する事務取扱に関する契約」を締結するための権限を取り下げる。

令和 年 月 日

事業 番号	制 度※	チェック欄 (レ印)
1	こども医療助成事業(自動償還)	
2	母子及び父子家庭等医療費助成事業(自動償還)	
3	重度心身障害者医療費助成事業(自動償還)	
6	こども医療費助成事業 (現物給付)	

※取り下げる制度のチェック欄にレ印をしてください

<委任取下届における個人情報の取り扱いについて>

- 委任者の個人情報は、本委任に関する事務連絡及び委任者名簿の作成に利用します。
- 委任者から、個人情報の利用目的の通知、個人情報の開示、訂正、追加、削除、利用の停止、消去、提供の停止に応じます。問合せ先までご連絡ください。
- この委任取下届に記載された内容以外の個人情報を取得することはありません。

事 業 者 沖縄県国民健康保険団体連合会
個人情報保護管理者 事務局長