債権譲渡解除通知書

元号○○年○○月○○日付、日本郵便株式会社○○郵便局第○○○○○号書留内容証明郵便で送付しました債権譲渡通知書について、株式会社○○○○○より国民健康保険法に基づく診療報酬、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく診療報酬ならびに公費負担医療費等のすべての債権を譲り受けましたが、元号○○年○○月○○日を以て、解除いたします。

つきましては、元号○○年○○月支払より下記譲渡人の口座へお振込みください。

記

（医療機関の表示）

医療機関コード

住所

名称

（譲受人兼通知人）

法人住所

名称

代表者名　　　　　　　　　　印

（譲渡人）

法人住所

名称

代表者名

元号○○年○○月○○日

（被通知人）

沖縄県那覇市西３丁目１４番１８号

沖縄県国民健康保険団体連合会

理事長　殿