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○○○○○より介護保険法に基づく介護給付費（公費負担分を含む）及び介護予防・日常生活支援総合事業費（公費負担医療分を含む）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

（事業所の表示）

事業所コード

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