

# 委任状

受任者 〒900-8559

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 石嶺 傳 實

上記の団体を取りまとめ機関とし「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委任する。

令和 年 月 日

委任者

制 度※	<input type="checkbox"/> こども医療(自動償還) <input type="checkbox"/> 母子父子(自動償還) <input type="checkbox"/> 重度心身障害者(自動償還) <input type="checkbox"/> こども医療(現物給付)
医療機関等番号	
医療機関名	
代表者名	印
郵便番号	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
記入担当者	

※権限を委任する制度にレ印をしてください。

<委任状における個人情報の取り扱いについて>

1. 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。
2. 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。
3. この委任状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