

今年度からご契約いただく方、契約内容を変更される方のみご提出ください。
過去に提出された方は不要です。

平成 年 月 日

委任状

太枠の中をご記入ください。

医療機関番号	041
医療機関名	
被保険者証又は 組合員証の記号番号	宮医
医療機関の住所	〒 TEL ()
第1種組合員 氏名	◎

委任する事項の数字をマルで囲んでください。

- 宮城県医師国民健康保険組合の被保険者に対する特定健康診査の実施機関として、特定健康診査の実施に関する委託契約を締結すること。
- 宮城県医師国民健康保険組合の被保険者に対する特定保健指導の実施機関として、特定保健指導の実施に関する委託契約を締結すること。

私は、宮城県医師国民健康保険組合と「平成27年度特定健康診査等委託契約」を締結するにあたり、下記のことを代理人として、上記事項（1、2）のマルを付した事項についての権限を委任します。

記

(代理人)住所 仙台市青葉区大手町1番5号

公益社団法人 宮城県医師会 会長 嘉数研二

※ 送付先 〒980-0811 仙台市青葉区一番町3-3-20-3F

宮城県医師国民健康保険組合 宛