

沖縄県こども医療費助成制度の  
自動償還方式に関する事務取扱契約に係る委任状

(委任者)

①医療機関名	
②郵便番号	
③住所	
④電話番号	
⑤FAX番号	
⑥氏名	印
⑦記入担当者名	

※⑥は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること。  
(法人理事長、院長などの指定はないが、施設管理者であること)

当機関は、下記の団体を契約取りまとめ団体として、次の事項についての権限を委任致します。

こども医療費助成制度の自動償還方式に関する事務取扱いについて、沖縄県医師会が集合契約を締結する沖縄県との「沖縄県こども医療費助成制度の自動償還方式に関する事務取扱契約」を締結すること。

記

(契約取りまとめ団体) 沖縄県南風原町字新川 218-9  
一般社団法人 沖縄県医師会  
会長 田名 毅