

委任状

平成 年 月 日

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号

住 所 水俣市

委任者 氏 名 (本人) (印)

連絡先 () -

代理人との関係

(療養費 ()
(申立書 (高額療養費等))
())
私に支払われます () について、下記の者を代理人と定め、
受領することを委任します。 (支払項目は必ず記入してください。)

記

(受任及び口座振込依頼者 (口座名義人))

住所

氏名 (印)

連絡先 () -

上記の受領について、次の預金口座に振り込まれますようお願いいたします。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	水俣支店 ・ 水俣支所 ()本店・支店						預 金 種 別	普 通 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい									
口座名義人 (フリガナ)									

- ・ 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。
- ・ 口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
- ・ ゆうちょ銀行の場合は、口座番号等を確認できる部分の通帳の写しを添付してください。