

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	
委任者 (本人) 氏 名	⑩
連 絡 先 ()	—
代理人との関係	

私に支払われます 一般診療・治療用装具・海外療養費・食事差額 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。(支払項目のいずれかを○で囲んで下さい。)

記

(受任及び口座振込依頼者)

住 所	
氏 名	⑩
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 信 用 協 同 組 合 ()	行 庫 合 合 ()	本店・支店 ()		預 金 種 別	普 通 座 ()
口座番号等 右詰記載して下さい						
口座名義人 (フリガナ)						

- ・該当するものに○をつけて下さい。該当する者がいない場合は()内に記載して下さい。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下さい。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけて下さい。