委　任　状

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

委任者
（本人）

被保険者番号	
住　　所	
氏　　名	㊞
連　絡　先　（　　）　　－	
代理人との関係	

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（治療用装具、食事代差額等）は必ず記入して下さい。

記

（受任及び口座振込依頼者）

住　　所	
氏　　名	㊞
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します。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）		本店・支店 （　　）	預金種別	普通 当座 （　　）
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。