

委 任 状

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	_____ (印)
	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、高額療養費、葬祭費等）は必ず記入して下さい。

記

(代理人及び振込口座)

住 所	_____
氏 名	_____
連 絡 先 () -	_____

振込先	銀 信 用 行 庫 協 同 組 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。該当するものがない場合は()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。