委任状

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

（委任者）

施術所　名　称

住　所

開設（代表）者　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

　　私　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　協会 ・ 団体　所属の　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、被保険者の療養に関する支給申請手続きの代行及び当該施術療養費の請求に基づく受領を、下記の者に委任します。

（受任者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 機関・団体名 |  | | | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| ＦＡＸ番号 |  | | | | | | | | | |
| 金融機関 | 銀行・農協  信組・金庫 | | | | | | | | | 本店  支店 |
| 口座種別 | 普通　当座 | | | |  | | | | | |
| 名　 義 　人 | 漢字 | | | | | | | | | |
| カナ | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  | |  |  |  | ※右詰で記入 | |