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、被保険者の療養に要した費用について、そ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 | |