

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 | | | | | | | | 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 | | | | | | | | 印 |
| 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 協 () | 用 信 () | 金 組 () | 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。