

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									
氏名									印
連絡先	()	—							
代理人との関係									

委任者
(本人)

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	銀行 信用協 ()	行庫 金組 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。