

委任状

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、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 金 行 信 用 組 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。