

# 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	口座番号等 右詰記載して下さい	銀 信 用 協 ( )	行 庫 合 組 ( )	本店・支店 ( )				預金種別	普通座 ( )

- ・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。