

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 協 (	用 信)	金 組 合	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。