

# 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	
委任者 (本人) 氏 名	(印)
連 絡 先 ( )	—
代理人との関係	

私に支払われます <sup>※</sup> \_\_\_\_\_ 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（治療用器具、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 同 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。