

被保険者番号

※申請者以外の方に振込む場合はこちらにも記入願います。

申請者本人の口座に振込む場合は記入の必要ありません。

委 任 状

私は、後期高齢者医療療養費支給申請にあたり

住所
氏名

を代理人と定め

療養に要した費用に関する給付金の受領を下記のとおり委任いたします。

記

振 込 先 金 融 機 関 名			
銀 行	本 店	普 通	口座番号 ()
信用金庫	支 店	当 座	口座名義人氏名 (カナ)
農 協	出張所	()	()

上記の口座に振込み依頼することを代理受領者と共に連署をもって申請いたします。

令和 年 月 日

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

住所
委 任 者
氏名

住所
代理受領者
氏名

(委任者との続柄)