

# 委任状

(委任者)

住所

氏名

印

令和 年 月 日付けで申請した一般疾病医療費の受領の権限  
を次の者に委任します。

(受任者)

住所

氏名

印

(受任者の支払い希望金融機関)

金融機関	
支店名	
口座番号 (普通)	
口座名義人 カナ	
口座名義人 漢字	

※ ゆうちょ銀行を希望する場合は、記号・番号を記載してください。