

高額介護合算療養費 委任状（福祉医療用）

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。
 高額介護合算療養費の後期高齢者医療分の受領に関すること。

年 月 日

申請者の住所、氏名

〒

代理人の住所、氏名

〒

下記口座に振り込みを依頼します。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店・支所	預 金 種 別	普 通 当 座 その他
	金融機関コード	店舗コード		
口座番号	_____ _____ _____	_____ _____ _____	※右詰めで記入	
口座 名義人	カタカナ			