

(裏)

＜ 委 任 状 ＞

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

被 保 険 者 (本人)	住 所	氏 名
		⑩

代 理 人 (口座名義人)	住 所	氏 名
		⑩ 被保険者との関係 ()

振 込 先 口 座	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)			
	銀 行	本 店	1 普 通				
	金 庫	支 店	2 当 座				
	信用組合	支 所	4 貯 蓄				
	農協・漁協	出張所	9 その他				
	金融機関コード	店舗コード					
	フリガナ						
	口座名義人						

(注) 被保険者と口座名義が違う場合は、上記の委任状も忘れずにご記入ください。

〔広域連合支給計算欄〕

証 明 日	平 成 年 月 日	装 着 日	平 成 年 月 日
医療機関コード		負担区分	I・II・一般・以上
給付割合	入院 (9割・7割)		外来 (9割・7割)
支 給 決 定 額	療養に要した費用額	_____ 円	
	上記の審査認定額 (A)	_____ 円	
	一部負担金控除額 (B)	_____ 円	
	計 (A-B)	_____ 円	