委　任　状

令和　　年　月　日

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

委任者（本人）	被保険者番号	
	住　　所	
	氏　　名	㊞
	代理人との関係	

私に支払われます＿＿＿葬祭費＿＿＿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。

記

（代理人及び振込口座）

〒　　－

住　　所

氏　　名

振込先	銀行・信用金庫・信用組合・信用協同組合（　　）	本店・支店（　　）	預金種別	普通・当座・その他
口座番号				
口座名義人（カナ）				