

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）
第5の6号様式（第8、13、15条関係）
〔委任者作成様式〕

医療機関コード（記入不要）

委任状

年 月 日

委任者 〒

所在地 _____

医療機関等名 _____

電話番号 _____

代表者氏名 _____

（自署又は記名押印）

私が熊本県から支払を受ける水俣病総合対策医療事業に係る療養費及び診療報酬明細書発行手数料の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

受任者（代理受領者）

〒

所在地 _____

電話番号 _____

氏名 _____

（個人の場合は氏名、法人の場合は商号等及び代表者職・氏名）

振込先金融機関

金融機関名 _____

支店名 _____

金融機関コード

--	--	--	--

支店コード

--	--	--

口座種別（○で囲む） 普通 ・ 当座

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

（右づめ）

カナ _____

口座名義人

漢字 _____

※口座名義人欄は通帳の記載どおり正確にご記入ください。

※上記事項に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

※よろしければ、通帳の写し（銀行（支店）名、口座名義、口座番号の記載のあるページ）の添付をお願いいたします。