

(医療費の受領に関し委任する場合のみ記入してください。)

委 任 状

私は、当該ウイルス肝炎医療費給付の請求に係る受領を次の者に委任します。

委 任 先 住 所 (〒 —)
(受領者)

氏 名

年 月 日

委 任 者 住 所 (〒 —)
(請求者)

氏 名

口座振込 希望金融 機関等 (受領者)	銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	店 所	口 座 名 義 人	フリガナ 氏 名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄		口座番号		
	銀行の窓口で受領		銀行		支店	