

(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、下記事業の医療費給付の請求に係る受領を次の者に委任します。

(ウイルス肝炎医療費医療費給付事業 / 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)

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		