療養費受領委任状

乙が越谷市から受領すべき 被保険者 _____ (療養を受けられた方) にかかる

平成
令和

年 月 診療分の療養費の受領の権限を甲に委任する。

令和 年 月 日

甲 (振込先口座の名義人)

住 所 _____

氏 名 _____

乙 (世帯主又は委任する人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

越 谷 市 長 宛