重

高額療養費（年間外来合算）受領委任届

被保険者番号								
被保険者氏名								

振込先	奈良	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店	預金種別	普通 当座
口座番号等 左詰記載して下さい	0 1 0 0 0 2 5				
口座名義人 (カタカナ)	ヤマトコオリヤマシカイケイカ ンリシヤ				
口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁音・半濁音は1字として、姓と名の間は1字あけてください。		申請者以外の口座を指定する場合、申請者との続柄			

後期高齢者医療に関わる高額療養費(外来年間)の払い戻し分と既に受給した福祉医療費助成金について相殺を受け、その受領について、下記の者にその権限を委任し、上記の口座を振込先とすることに同意します。

奈良県後期高齢者医療広域連合長　様

委任者

※委任者は**被保険者本人**の氏名でご記入ください。
ただし、被保険者が死亡されている場合は**相続人代表者**名でご記入ください。

住　所
氏　名
電話番号

受任者

住　所　　奈良県大和郡山市北郡山町248番地4
氏　名　　大和郡山市長　　上田　清
電話番号　　0743-53-1151