

様式第2号（第5条関係）

田舎館村国民健康保険高額療養費受領委任状兼返還同意書

私は、  
に係る 年 月診療分高額療養費貸付金及びその他負担額の受領に関する権限を、下記の者に委任します。

年 月 日

委任者 住所  
(申請者)  
氏名

上記の高額療養費貸付金及びその他負担額の受領すること並びに田舎館村国民健康保険高額療養費貸付要綱第9条の規定により、返還請求があった場合には速やかに返還することに同意します。

受 任 者 所在地  
(療養取扱機関) 医療機関名等  
代表者名  
電話番号

印

振込先 金融機関名 銀行・信用金庫・協同組合  
本・支店  
口座の種類 普通 ・ 当座  
口座番号  
フリガナ  
口座名義人