委　任　状

倉　敷　市　長　　あて

私は次のことを下記代理人に委任します。 令和　　年　　月　　日 所　在　地 医療機関コード 医療機関名 請求者氏名 電 話 番 号	
委任することがら	公害健康被害の補償等に関する法律にかかる診療報酬等の請求 （令和　　年　　月診療分より）
委 任 さ れ る 人	保健福祉局健康福祉部　医療給付課長

口 座 振 替 申 請 書

倉　敷　市　長　　あて

倉敷市から支払いを受ける，公害健康被害の補償等に関する法律にかかる診療報酬等は下記金融機関へ振り込んでください。 令和　　年　　月　　日 所　在　地 医療機関名 請求者氏名										
金融機関の名称	銀　行 信用金庫	本　店・						支　店		
預金の種類	普通　・　当座	口座番号								
フリガナ 名義人										