

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者番号	01234567										
	(フリガナ)	コウキ タロウ			生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日						
	氏名	後期 太郎										
住所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号											
振込先	金融機関名称	後期 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			中央 本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ					
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。										
上記のとおり申請します。												
令和2年4月15日												
住所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号				電話番号 012-3456-7890								
申請者氏名 後期 太郎				⑧				栃木県後期高齢者医療広域連合長 様				

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日						
	氏名	⑧			住所		
代理人 (口座名義人)	〒	※ 被保険者以外の方が受領する場合は、 こちらの項目を記載してください。					被保険者との関係
	(フリガナ)						
	氏名	⑧					

保険者 記入欄	支給決定額						
	円						