

後期高齡者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者番号											
	(フリガナ) 氏名						生年月日	大正昭和	年	月	日	
	住所											
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()					
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号							
	口座名義(カタカナ)											
※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入												
※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 年 月 日												
住 所												
電話番号 () -												
申請者氏名												
大分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。		令和 年 月 日
	氏名	住所	「被保険者情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	〒 一 電話番号() 一		被保険者との関係
	(フリガナ)		
	氏 名		

保険者 記入欄	支給決定額 円
------------	------------

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7					
	(フリガナ) 氏名	コウキ タロウ 後期 太郎					生年月日	大正昭和	15	年 1 月 1 日				
	住所	大分県大分市□□町1丁目2番3号												
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 後期 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()						
	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。 令和〇年〇月〇日 住 所 大分県大分市□□町1丁目2番3号 電話番号 (0979) 00 — 0000 申請者氏名 後期 太郎 大分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。		令和 年 月 日
	氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人 (口座名義人)	〒 ————— 電話番号() —————	被保険者との関係	
	住所 (フリガナ)		
	氏名		

保 険 者 記 入 欄	支給決定額		
	円		