様式第１号（第２条関係）

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			
	（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（　　） ※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
	口座名義（カタカナ）	※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。

年　　月　　日

住　　所　　電 話 番 号

申請者氏名　　㊞

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　　㊞　　住所	
代理人 （口座名義人）	〒　　－	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