

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 栃木県後期高齢者医療広域連合 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2年4月15日											
	氏名	後期 太郎			住所	同上						
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号											
	(フリガナ)	コウキ ハナコ			被保険者との関係							
氏名	後期 花子			妻								

保険者 記入欄	支給決定額												