

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																				
	(フリガナ)												生年月日	大正 昭和	年	月	日				
	氏名																				
	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。																					
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 佐藤 樹一郎 殿																					

【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() -																		
	住所																		
	(フリガナ)																		
	氏名	㊟										被保険者との関係							

保 険 者 記 入 欄	支給決定額																	
		円																