

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)	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	大分県大分市□□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()	
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号			1	2	3	4	5	6	7	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	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1字空けてください。													
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和2年4月15日</p> <p>住 所 大分県大分市□□町1丁目2番3号</p> <p>電 話 番 号 (0979) 00 - 0000</p> <p>申請者氏名 後期 太郎 大分県後期高齢者医療広域連合長 佐藤 樹一郎 殿</p>														

【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。)

世帯主	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 大分県大分市□□町1丁目2番3号	被保険者との関係
	(フリガナ) コウキ ハナコ 氏名 後期 花子	妻

保険者 記入欄	支給決定額
	46,669円