

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者番号	01234567		生年月日	大正昭和 15年1月1日								
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

(フリガナ) コウキ タロウ
申請者氏名 後期 太郎

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 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 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		被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名 後期 花子		妻

保険者 記入欄	支給決定額
	円