

# 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						生年月日	大正 昭和	年	月	日
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  (フリガナ) 申請者氏名 印  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 年 月 日	
	氏名 印	住所
代理人 (口座名義人)	〒 -	被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名 印	

保険者 記入欄	支給決定額
	円