

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	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	山形県〇〇市〇〇町1丁目2番3号													
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 後期 太郎 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			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 月 日 山形県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住 所 山形県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏 名 後期 太郎 連絡先 0120-345-6789															

【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 月 日													
	住所 同上 氏名 後期 太郎													
代 理 人 (口座名義人)	〒 山形県〇〇市〇〇町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													
	円													