

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。 年 月 日 山形県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住 所 氏 名 連絡先															

【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。年 月 日													
	住所													
	氏名													
代理人 (口座名義人)	〒 ー													
	(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													