

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(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	昭和 15 年 1 月 1 日						
	氏名	後期 太郎										
	住所	〇〇市〇〇町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()			※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 3年 3月 1日 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 電話番号 () 申請者氏名 後期 太郎 群馬県後期高齢者医療広域連合長 様												

【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 3年 3月 1日								
	氏名	後期 太郎			住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号			
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 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						妻	
	氏名	後期 花子						電話番号	

保険者 記入欄	支給決定額(記入しないでください)						
	(記入しない) 円						