

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 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | 0123 4567 8901 | | | | | | | | | | | |
| | (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 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します ※ 給付金を受け取る際に「マイナポータルによる公金受取口座の事前登録」が必要です。 ※ 申請書を郵送する場合は、本人確認できるものの写しの添付が必要です。 ※ 利用する場合は、下記の口座振込依頼欄の記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 月 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 年 月 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 妻 | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | コウキ ハナコ | | | | | 電話番号 | | | | | |
| 氏名 | 後期 花子 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |