

# 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	大正	昭和	15	年	1	月	1	日		
	氏名	後期 太郎													
住所	△△県〇〇市□□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2年4月15日 住所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-3456-7890 申請者氏名 後期 太郎 徳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2年4月15日								
	氏名	後期 太郎			住所	同上			
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□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								

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	46,669円