

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 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 後期印 栃木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。）

世帯主	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 後期印					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										
	妻										
(フリガナ) コウキ ハナコ											
氏 名 後期 花子 後期印											

保険者 記入欄	支給決定額
	46,669円