

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

[illegible]

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名 ⑥		
担当者氏名		電話番号	