

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															
	(フリガナ) 氏 名							生年月日	大正 昭和	年	月	日				
	住 所															
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()						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										
	口座名義(カタカナ)															
		※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 年 月 日 住 所 電 話 番 号 申請者氏名 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。）

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 印 住所														
代 理 人 (口座名義人)	〒 ー														
	被保険者との関係														
	(フリガナ) 氏 名 印														

保 険 者 記 入 欄	支給決定額														
	円														