

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	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()				
	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。										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>山形県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>連絡先</p>											

【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。 年 月 日										
	住所										
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名										
	〒						被保険者との関係				
	(フリガナ)										
	氏名										

保 険 者 記 入 欄	支給決定額										
	円										