

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 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 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small>			中央 <small>本店(支店) 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small>							
	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					
		※左詰めでご記入してください。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>令和2年5月1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 山形県△△市□□町1丁目2番3号</p> <p>氏 名 後期 太郎</p> <p>連絡先 012-345-6789</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。)

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5月1日	
	氏名 後期 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 山形県〇〇市□□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 氏名 後期 花子	妻

保険者 記入欄	支給決定額
	46,669円