

## 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					昭和							
	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					中央							
		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			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24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 石川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					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	
	(フリガナ)	コウキ ハナコ											妻
	氏名 後期 花子												

保 険 者 記 入 欄	支給決定額