

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

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	振込先	銀行	本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( )										
		信用金庫	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入										
	信用組合	金融機関・支店コード ※記入不要											
	協同組合	その他( )											
	預金別	普通・当座 その他( )	口座番号										
	口座名義人 (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。											
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。  年 月 日  申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____													

【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											
	氏名											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒	—										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											