



# 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			中央			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			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15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  〇〇 広域連合長 〇〇〇〇 殿															

【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									
氏名	後期 花子 			妻							

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	46,669円