

別記様式第1号（付則第2項）

後期高齢者医療傷病手当支給申請書（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				年 月 日				
	住 所													
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 ( )				本店 支店 ( )								
	預金種別	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。														
上記のとおり申請します。 年 月 日														
住 所				電話番号										
申請者氏名				富山県後期高齢者医療広域連合長 殿										

【受取代理人の欄】

被 保 険 者 名	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												
	氏名				住所				同上				
代 理 人	〒 ー												
	(フリガナ)												
	氏 名				被保険者との関係								

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
	円											