

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 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			中央 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3年 5月 1日 山形県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住所 山形県△△市□□町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 連絡先 012-345-6789											

【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。 令和3年 5月 1日	
	住所 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号	
	氏名 後期 太郎	
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
	円