

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 信用金庫 信用組合 協同組合 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							
								金融機関・支店コード ※記入不要							
	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 _____ (印) 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	(印)											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒	-						被保険者との関係					
	(フリガナ)												
	氏名	(印)											

保 険 者 記 入 欄	支給決定額													
	円													