

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
決定日

年 月 日
年 月 日

本人申請受領の場合

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	〇〇市〇〇町1丁目2番3号								
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	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (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。									
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。 令和2年 7 月 1 日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 (印) 電話番号 012-3456-7890										
日中、連絡がつく番号をご記入ください。										

【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

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)

記入例

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

代理人受領の場合

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 15 年 1 月 1 日					
	氏名	後期 太郎						昭和					
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
振込先	振込先	銀行	後期			中央					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												
預金別	普通	当座		口座番号			9	8	7	6	5	4	3
口座名義人 (カタカナ)	コウキ		ハナコ										
	※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。													
令和2年 7 月 1 日													
申請者	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
	氏名	後期 太郎					後期						
	電話番号	012-3456-7890											

同じ印鑑

日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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2年 7 月 1 日	
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号										
	氏名	後期 太郎					後期					
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇										
		●●市▲▲町4丁目5番6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					後期 花子					

保険者 記入欄	支給決定額									
	円									