

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	△△県〇〇市〇〇町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△△市〇〇町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	山形県△△市〇〇町1丁目2番3号
	氏名	後期 太郎
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 山形県〇〇市〇〇町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