

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(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	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 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small>			中央 <small>本店(支店) 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small>			※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	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。											
上記のとおり申請します。 令和2年4月15日 住所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-3456-7890 申請者氏名 後期 太郎 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛													

【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4月15日 (被保険者が手書きしない場合は、記名押印してください)							
	氏名	後期 太郎			住所	同上		
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△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						妻
氏名	後期 花子							

保険者 記入欄	支給決定額						
	46,669円						