

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用 その1)

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	兵庫県〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
振込先	金融機関名称	ゆうちょ				銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()		一九八				本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()	
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号		0	1	2	3	4	5	6
	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5月15日 住所 兵庫県△△市〇〇町1丁目2番3号 電話番号 (012) 3456-7890 申請者氏名 後期 太郎 兵庫県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	この度は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 5 月 15 日											
	氏名	後期 太郎				住所	同上					
代理人 (口座名義人)	〒	123-4567 兵庫県〇〇市〇〇町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										妻
	氏名	後期 花子										

※ 給付金(傷病手当金)の受領を代理人に委任する場合は、被保険者の本人確認書類(後期高齢者医療被保険者証、運転免許証、旅券(パスポート)など)の写を添付ください。