

# 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																																												
	(フリガナ) 氏名							生年月日	大正 昭和	年	月	日																																	
	住所																																												
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 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 →																																					
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号																																								
	口座名義(カタカナ)		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																										
※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。																																													
北海道後期高齢者医療広域連合長 宛  上記のとおり申請します。  令和 年 月 日  住 所 電話 番 号  申請者氏名 (印)																																													

【受取代理人の欄】(口座名義人が被保険者本人以外の場合は、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 年 月 日											
	氏名	(印)						住所				
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 -											
	(フリガナ) 氏名	(印)						被保険者との関係				

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
	円											