

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		被保険者証の番号を ご記入ください。									
	(フリガナ)	コウイキ タロウ		生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日								
	氏名	広域 太郎											
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
振 込 先	通帳等をご確認の上、振込を希望 する口座をご記入ください。	銀行・信金・信組		本店									
	金融機関 名称	後期	農協・信漁連	中央	支店・出張所								
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4	5	6				
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	ハ	ナ	コ					
※左詰めでご記入してください。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。													
(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり申請します。													
令和 2年 4月 15日													
申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号													
氏名 広域 太郎 電話番号 012-3456-7890													

【受取代理人の欄】 被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、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
	氏名	広域 太郎	住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒	123 - 4567	被保険者との関係
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号	
	(フリガナ)	コウイキ ハナコ	妻
氏名	広域 花子		

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

市町確認欄		
受付者	届出人(本人・代理人)	備考
	各種免許証() 住基カード・保険証 その他()	

広域連合 確認欄

