

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															
	(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・信金・信組 農協・信漁連 その他()						本店 支店・出張所							※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)															
※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。																
(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 年 月 日 申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号																

【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 年 月 日													
	氏名							⑩	住所					
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 ー													
	(フリガナ) 氏名							⑩	被保険者との関係					

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

