

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。	金融機関 名称		銀行・信金・信組 農協・信漁連 その他()		中央 本店 支店・出張所							
	後期	後期		※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 (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 3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 3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
	〇〇市〇〇町1丁目2番3号	妻
	(フリガナ) コウイキ ハナコ	
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

