

様式第1号(第2条関係)

## 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		
	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				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	住所	
代理人 (口座名義人)	〒一		被保険者との関係
	(フリガナ)		
	氏名		

保険者 記入欄	支給決定額	
	円	

市町確認欄			広域連合 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( )		

市町  
受付印