

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 | 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) | | | | | | | | | | | | | |
| | ※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。 | | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 住 所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">高知県後期高齢者医療広域連合長 様</p> | | | | | | | | | | | | | | |

【受取代理人の欄】 (被保険者以外の方が受領する場合は、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 (<small>口座名義人</small>) | 〒 | 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 | | | | | | | | | | | | |