

# 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												
	(フリガナ)	コウチ タロウ					生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日						
	氏名	高知 太郎												
	住所	高知県〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
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( ) その他( )			口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	チ		タ	ロ	ウ						
		※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。												
上記のとおり申請します。 令和3年5月1日 〒780-0000 住所 高知県△△市〇〇町1丁目4番1号 申請者氏名 高知 太郎 電話番号 012-3456-7890 高知県後期高齢者医療後期連合長 様														

## 【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。)

世帯主	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5月1日												
	氏名 高知 太郎					住所 同上							
代理人 (口座名義人)	〒780-0000 高知県〇〇市〇〇町1丁目4番1号											被保険者との関係	
	(フリガナ)	コウチ ハナコ											妻
	氏名 高知 花子												

保険者 記入欄	支給決定額
	46,669円