

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・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（ ） <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>																																			
	預金別	普通・当座・ その他（ ）				口座番号																																					
	口座名義 (カタカナ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																									
<small>※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。</small>																																											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 郵便番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>電話番号</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。 年 月 日												
	住所												
	氏名	⑩											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 —												
	(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													