

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	01234567											
	(フリガナ)	コウキ タロウ			生年月日	大正 15 年 1 月 1 日			昭和				
	氏名	後期 太郎											
住所	岩手県大船渡市□□町1丁目2番3号												
振込先	金融機関名称	後期			中央			本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()					
	預金別	普通 当座 その他()		口座番号		1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	キ	ジ	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1字空けてください。											
上記のとおり申請します。 令和2年 4 月 15 日 住所 岩手県大船渡市□□町1丁目2番3号 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 申請者氏名 後期 太郎 岩手県後期高齢者医療広域連合長 殿													

【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2年 4 月 15 日								
氏名	後期 太郎			住所	同上				
代理人 (口座名義人)	〒 022 - ●●●● 岩手県大船渡市□□町1丁目2番3号							被保険者との関係	
	(フリガナ)	コウキ ジロウ						子	
氏名	後期 二郎								

保険者記入欄	支給決定額
	円