

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

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	振込先	銀行				本店 ・ 支店 出張所 ・ 本店営業部 本所 ・ 支所 その他 ()							
		信用金庫				※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	信用組合				金融機関・支店コード								
	協同組合				※記入不要								
	振込先	その他 ()											
	預金別	普通 ・ 当座 その他 ()				口座番号							
	口座名義人 (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。													
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。													
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												
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒	-				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												

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

本人申請受領の場合

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 昭和	15	年	1	月	1	日
	氏名	後期 太郎												
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号													
振 込 先	振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 その他 ()					本店 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ 当座 その他 ()		口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (カタカナ)	コウキ 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。												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和2年 7 月 1 日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890														

日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名											
	〒	—										
	(フリガナ)											
氏名												
												被保険者との関係

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
		円										

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

記入例

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

代理人受領の場合

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 昭和 15 年 1 月 1 日						
	氏名	後期 太郎												
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号													
振込先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 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							
		後期					中央							
	預金別	普通・当座 その他 ()			口座番号			9	8	7	6	5	4	3
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	ハ	ナ	コ							
※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。														
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和2年 7 月 1 日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890														
日中、連絡がつく番号をご記入ください。														

【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 7月 1日										
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号									
氏名	後期 太郎										
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇			●●市▲▲町4丁目5番6号			被保険者との関係			
	(フリガナ)	コウキ ハナコ									
	氏名	後期 花子									
											子

保険者 記入欄	支給決定額									