

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()					
		金融機関コード	支店コード	※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>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>申請者氏名 茨城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 (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											