

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()										※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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>山形県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">連絡先</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	
代理人 <small>(口座名義人)</small>	〒 ー	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