

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 _____ 印</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	印									
代理人 (口座名義人)	〒										
	(フリガナ)										
	氏名	印									
		被保険者との関係									

保険者 記入欄	支給決定額
	円