

# 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<br>昭和 | 15 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 |
|   | 氏名               | 後期 太郎  |   |      |   |          |    |   |   |   |   |   |
| 住所  | △△県〇〇市□□町1丁目2番3号 |  |   |      |   |          |    |   |   |   |   |   |
| 振込先   | 金融機関名称           | 後期<br><small>銀行・金庫・信組<br/>農協・漁協<br/>その他( )</small> |   |      | 中央<br><small>本店 支店<br/>出張所・本店営業部<br/>本所・支所<br/>その他( )</small><br>※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<br>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    | 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。   |                  |  |   |      |   |          |    |   |   |   |   |   |
| 上記のとおり申請します。<br>令和2年5月1日<br>山形県後期高齢者医療広域連合長 様<br>申請者 住所 山形県△△市□□町1丁目2番3号<br>氏名 後期 太郎 印<br>連絡先 012-345-6789 後期 |                  |  |   |      |   |          |    |   |   |   |   |   |

【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。)

|                |   |         |     |    |    |  |  |  |  |  |  |          |   |
|----------------|---|---------|-----|----|----|--|--|--|--|--|--|----------|---|
| 世帯主            | 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5月1日 |         |     |    |    |  |  |  |  |  |  |          |   |
|                | 氏名                                      | 後期 太郎   | 後期印 | 住所 | 同上 |  |  |  |  |  |  |          |   |
| 代理人<br>(口座名義人) | 〒123-4567<br>山形県〇〇市□□町1丁目2番3号           |         |     |    |    |  |  |  |  |  |  |          |   |
|                | (フリガナ)                                  | コウキ ハナコ |     |    |    |  |  |  |  |  |  | 被保険者との関係 |   |
|                | 氏名                                      | 後期 花子   | 後期印 |    |    |  |  |  |  |  |  |          | 妻 |

|            |         |        |
|------------|---------|--------|
| 保険者<br>記入欄 | 支給決定額   | 申請時 不要 |
|            | 46,669円 |        |