

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 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																																													
								金融機関・支店コード ※記入不要																																													
	預金別	普通 ・ 当座 その他 ( )				口座番号																																															
	口座名義人 (カタカナ)		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ※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 _____ (印)  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)	〒 _____																	
	(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)

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	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							
	預金別	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						
	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)

記入例

受付日  
決定日

年 月 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 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	後期			中央						
		信用金庫				本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( )						
	信用組合				※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	協同組合				金融機関・支店コード ※記入不要							
預金別	普通	当座	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												

同じ印鑑

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			被保険者との関係					
		●●市▲▲町4丁目5番6号								
	(フリガナ)	コウキ ハナコ								
氏名	後期 花子									

保険者記入欄	支給決定額									
	円									