

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											本店・支店	
		信用金庫											出張所・本店営業部	
	信用組合											本所・支所		
	協同組合											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)													
		※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 _____														
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)	〒											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)

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

保険者 記入欄	支給決定額										
	円										