

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・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												
	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。																		
上記のとおり申請します。 令和　年　月　日 申請者住所 電　話　番　号 申請者氏名 印 和歌山県後期高齢者医療広域連合長　様																		

【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	年	月	日
	氏名	⑩	住所			
代理人 (口座名義人)	〒				—	
	(フリガナ)				被保険者との関係	
	氏 名				⑩	

保険者 記入欄	支給決定額
	円