

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 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)												
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座 を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。												
上記のとおり申請します。 年 月 日 山形県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住所 氏名 連絡先													

【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	
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名	
	〒	
	(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