

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書1 (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・漁協 その他( )						本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>								
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号											
	口座名義(カタカナ)															
	<small>※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。</small>															
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>申請者氏名 <span style="float: right;">徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤佐和子 殿</span></p>																

【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							住所						
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												