

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	口座番号										
		その他 ()											
	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。												
	<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"/> 」にチェック(✓)してください。												
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										