

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	1234567											
	(フリガナ)	サノ タロウ			生年月日	大正 昭和	10	年	1	月	1	日	
	氏名	佐野 太郎											
住 所	栃木県佐野市高砂町1番地												
振 込 先	金融機関 名称	後期			銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )		中央						本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( )
	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(カタカナ)	サ	ノ	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。												
上記のとおり申請します。 令和 2年 6月 3日 住 所 電話番号 0283-20-3021 栃木県佐野市高砂町1番地 申請者氏名 佐野 太郎 佐野 栃木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。	年 月 日
	氏名	住所
代 理 人 (口座名義人)	〒 ー ※ 被保険者以外の方が受領する場合は、こちらの項目を記載ください	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