

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	01234567												
	(フリガナ)	クマモト タロウ					生年月日	大正昭和	15	年	1	月	1	日
	氏名	熊本 太郎												
	住所	熊本県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号												
振込先	金融機関名称	後期					銀行・金庫・信組		〇〇					
							農協・漁協		本店 支店					
							その他()		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			口座番号			0	1	2	3	4	5	6
		その他()												
	口座名義(カタカナ)	ク	マ	モ	ト		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。														
熊本県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり申請します。 令和 2年 〇月 〇〇日 住所 熊本県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 申請者氏名 熊本 太郎 (熊本)印														

【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 2年 〇月 〇〇日													
	氏名	熊本 太郎 (熊本)印					住所	同上						
代理人 (口座名義人)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 熊本県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号											被保険者との関係		
	(フリガナ)	クマモト ハナコ												
氏名	熊本 花子 (熊本)印													

保険者 記入欄	支給決定額													
	円													