

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)						生年月日	大正 昭和	年	月	日									
	氏名																			
	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 郵便番号</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">電話番号</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。 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																			