

(表)
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) 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()							
	金融機関コード														
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号										
	口座名義(カタカナ)														
	※左詰めで記入し、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。														
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>福島県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>〒 住 所 電 話 番 号 申 請 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">⑩</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	⑩											
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	住所												
	(フリガナ) 氏名	⑩											
	被保険者との関係												

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円