

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 出張所 ・ 本店営業部 本所 ・ 支所 その他 ( )										
		信用金庫	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入										
	信用組合	金融機関・支店コード ※記入不要											
	協同組合	その他 ( )											
	預金別	普通 ・ 当座 その他 ( )	口座番号										
	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。											
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												

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  
決定日

年 月 日  
年 月 日

本人申請受領の場合

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	01234567												
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 昭和	15	年	1	月	1	日
	氏名	後期 太郎												
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
振 込 先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 その他 ( )	本店 ・ 支店 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 その他 ( )	当座	口座番号										
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	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。													
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。  令和2年 7 月 1 日  申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号  氏名 後期 太郎  電話番号 012-3456-7890														

日中、連絡がつく番号を  
ご記入ください。

【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

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)

記入例

受付日  
決定日

年 月 日  
年 月 日

代理人受領の場合

被保険者情報	被保険者番号	01234567										
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 15 年 1 月 1 日				
	氏名	後期 太郎										
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
振込先	振込先	銀行	後期			中央					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( )	
		信用金庫									※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	信用組合									金融機関・支店コード ※記入不要		
	協同組合											
預金別	普通	当座		口座番号		9	8	7	6	5	4	3
口座名義人 (カタカナ)	コウキ		ハナコ									
	※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。											
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。												
令和2年 7 月 1 日												
申請者	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号										
	氏名	後期 太郎										
	電話番号	012-3456-7890										
												日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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 7月 1日										
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号									
	氏名	後期 太郎									
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇		●●市▲▲町4丁目5番6号					被保険者との関係		
	(フリガナ)	コウキ ハナコ									
	氏名	後期 花子									
											子

保険者 記入欄	支給決定額									