

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(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	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()							
		※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 その他()				口座番号								
		口座名義(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。													
上記のとおり申請します。														
令和 年 月 日														
住所 電話番号 ()														
申請者氏名 群馬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。 令和 年 月 日													
	氏名	住所												
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 -													
	(フリガナ)	被保険者との関係												
	氏名	電話番号												
保 険 者 記 入 欄	支給決定額(記入しないでください)													
	円													