

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																																							
	個人番号																																							
	(フリガナ) 氏名							生年月日	年			月			日																									
	住所																																							
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、マイナポータルに事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(下記太枠部)の記載は不要です。																																							
	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()																																
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号																																			
	口座名義(カタカナ)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> ※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)	〒											被保険者との関係	
	(フリガナ)												電話番号
	氏名												
保険者 記入欄	支給決定額(記入しないでください)												
	円												