

# 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	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( )																			
		※ 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)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <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><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。																											
北海道後期高齢者医療広域連合長 宛 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 (印)																											

【受取代理人の欄】(口座名義人が被保険者本人以外の場合は、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	(印)						住所					
代理人 (口座名義人)	〒 -												
	(フリガナ) 氏名	(印)						被保険者との関係					

保険者 記入欄	支給決定額											
	円											