

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書

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)														
		※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。													
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>申請者氏名 (印)</p> <p>栃木県後期高齢者医療広域連合長 様</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											
	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											