

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)												生年月日	大正 昭和	年	月	日			
	氏名																			
	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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>												
	預金別	普通・当座 その他()				口座番号														
	口座名義(カタカナ)																			
	<small>※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。</small>																			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 電 話 番 号</p> <p>申請者氏名 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												住所	
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -													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