

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（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・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)														
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 郵便番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</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													
	住所													
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名													
	(フリガナ)													
	氏名												被保険者との関係	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額														
		円													

