

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	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() <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>石川県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>住 所</p> <p>申請者氏名 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												
	氏名					住所	<input type="checkbox"/> 被保険者情報欄と同じ						
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -												
	(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											