

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)												生年月日	大正	昭和	年	月	日
	氏名																	
	住所																	
	電話番号																	
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</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">(宛先)静岡県後期高齢者医療広域連合長</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 (口座名義人)	〒	—											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												