

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(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 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。													
(あて先)福岡県後期高齢者医療広域連合長														
上記のとおり申請します。														
令和 年 月 日														
住 所 電話 番 号														
申請者氏名														

【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。 令和 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											

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者番号	01234567												
	(フリガナ)	フクオカ タロウ					生年月日	大正昭和				15年1月1日		
	氏名	福岡 太郎												
住所	福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号													
振込先	金融機関名称	後期 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					中央 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		1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	フ	ク	オ	カ		ハ	ナ	コ					
		※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。												
(あて先)福岡県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり申請します。 令和2年6月1日 住所 福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 申請者氏名 福岡 太郎														

【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。 令和2年6月1日											
	住所 福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号 氏名 福岡 太郎											
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 福岡県△△町△△△1丁目2番3号										被保険者との関係	
	(フリガナ) フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子										子	

保険者 記入欄	支給決定額											
	円											