

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

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	振込先	銀行											本店・支店				
		信用金庫											出張所・本店営業部				
	信用組合											本所・支所					
	協同組合											その他 ()					
	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	口座番号										金融機関・支店コード				
	口座名義人 (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。																
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック(✓)してください。																
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。																	
年 月 日																	
申請者 住所 _____																	
氏名 _____																	
電話番号 _____																	

【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															
	氏名															
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															
	円															

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

記入例

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

本人申請受領の場合

被保険者情報	被保険者番号	01234567									
	(フリガナ)	コウキ タロウ									
	氏名	後期 太郎	生年月日	大正 昭和	15	年	1	月	1	日	
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号										
振込先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 その他 ()	後期	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 その他 ()	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ				
	※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。										
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック(✓)してください。											
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和2年 7月 1日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890											

日中、連絡がつく番号を
ご記入ください。

【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 氏名	
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
	円

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

記入例

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

代理人受領の場合

被保険者情報	被保険者番号	01234567											
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 15 年 1 月 1 日					
	氏名	後期 太郎											
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
振込先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 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		9	8	7	6	5	4	3
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	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。												
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック(✓)してください。												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和2年 7月 1日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890													

日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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 7月 1日										
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号									
	氏名	後期 太郎									
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇					被保険者との関係				
		●●市▲▲町4丁目5番6号									
	(フリガナ)	コウキ ハナコ									
	氏名	後期 花子									
		子									

保険者記入欄	支給決定額									
	円									