

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)											生年月日	大正	昭和	年	月	日
	氏名																
	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															