

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・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() <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)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>																																								
<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>申請者住所 電 話 番 号</p> <p>申請者氏名 和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様</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 <small>(口座名義人)</small>	〒 ー													
	(フリガナ)	被保険者との関係												
	氏 名													

保 険 者 記 入 欄	支給決定額													
	円													