

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)

捺印

被 保 険 者	被保険者番号															支 店 出 張 所 支 所			
	(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					
		信用金庫					※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入してください。												
		信用組合					金融機関コード				支店コード								
		協同組合																	
	預金種目	1.普通預金				口座番号													
	口座名義 (カタカナ)																		

※カタカナで上段より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1マス空けてください。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 () _____ (※日中連絡が取れる番号をご記入ください)

【受取代理人の欄】(申請者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

申請者	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													(印)	住所	
代理人 (口座名義人)	〒 _____												申請者との関係			
	(フリガナ) 氏名													(印)		

保 険 者 記 入 欄	支給決定額					円	備 考	受 付 印
	入力					点検		