

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	被保険者番号							生年月日	大正 昭和	年	月	日
	(フリガナ) 氏名											
	住所											
振 込 先	金融機関 名称	銀行						支店 出張所 支所				
		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					