

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 _____

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

保 険 者 記 入 欄	支給決定額	円				備考	受付印
	入力	点検					