

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)																																				
	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・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)		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																		
※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 ⑩																																					

【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												
	氏名	⑩											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 —												
	(フリガナ)												
	氏名	⑩											
													被保険者との関係

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
	円											

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	01234567													
	(フリガナ)	フクオカ タロウ					生年月日	大正昭和				15年1月1日			
	氏名	福岡 太郎													
住所	福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号														
振込先	金融機関名称	後期 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					中央 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		1	2	3	4	5	6	7		
	口座名義(カタカナ)	フ	ク	オ	カ		ハ	ナ	コ						
		※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2年6月1日 住所 福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 申請者氏名 福岡 太郎															

【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2年6月1日										
	住所	福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号									
代理人 (口座名義人)	氏名	福岡 太郎									
	〒	123 - 4567 福岡県△△町△△△1丁目2番3号									
	(フリガナ)	フクオカ ハナコ									
氏名	福岡 花子					子					

保険者 記入欄	支給決定額									
	円									