

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

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	振込先	銀行	本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他（ ）								
		信用金庫	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入								
	信用組合	金融機関・支店コード ※記入不要									
	協同組合	その他（ ）									
	預金別	普通・当座 その他（ ）	口座番号								
	口座名義人 (カタカナ)										
※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。											
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 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 _____											

【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										
	住所										
	氏名										
代 理 人  (口座名義人)	〒	—									被保険者との関係
	(フリガナ)										
	氏名										

保 険 者 記 入 欄	支給決定額										
	円										

記入例

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

本人申請受領の場合

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	01234567											
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日					
	氏名	後期 太郎											
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
振 込 先	振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 その他 ( )			本店・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 金融機関・支店コード ※記入不要								
	預金別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座 その他 ( )		口座番号		1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ						
	※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。												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。  令和2年 7 月 1 日  申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890													

日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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	
	住所	
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名	
	〒	
	(フリガナ)	
	氏名	
		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 (被保険者記入用①)

記入例

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

代理人受領の場合

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	01234567												
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 昭和		15 年 1 月 1 日				
	氏名	後期 太郎												
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号													
振 込 先	振込先	後期					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 その他( )		当座 その他( )		口座番号		9	8	7	6	5	4	3
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	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。													
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。  令和2年 7 月 1 日  申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890														
日中、連絡がつく番号をご記入ください。														

【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 7 月 1 日											
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号										
	氏名	後期 太郎										
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇										
		●●市▲▲町4丁目5番6号										
	(フリガナ)	コウキ ハナコ										
	氏名	後期 花子										
												被保険者との関係
												子

保 険 者 記 入 欄	支給決定額										
	円										