

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者番号																
	(フリガナ)												生年月日	大正 昭和	年	月	日
	氏名																
	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( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>									
	預金別	普通・当座 その他( )				口座番号											
	口座名義(カタカナ)																
<small>※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。</small>																	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 <span style="float: right;">電 話 番 号</span></p> <p>申請者氏名 <span style="float: right;">栃木県後期高齢者医療広域連合長 様</span></p>																	

【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。 <span style="float: right;">年 月 日</span>													
	住所 氏名													
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -											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													