

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	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() <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)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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> </tr> <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> </tr> </table>																																								
<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>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>申請者氏名 ① 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛</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。 令和 年 月 日													
	氏名	①			住所									
代理人 (口座名義人)	〒 -													
	(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													