

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	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( ) ※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)															
		※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字空けてください。														
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">奈良県後期高齢者医療広域連合長 様</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。 年 月 日															
	氏名	Ⓜ										住所				
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													