

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用 その1)

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( ) ※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、姓と名の間は一字空けてください。																
<p>長野県後期高齢者医療広域連合長あて</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者氏名 <span style="float:right">Ⓜ</span></p> <p>電話番号</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												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												