

## 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	01234567									
	(フリガナ)	アシカガ タロウ				生年月日	大正昭和 10年1月1日				
	氏名	足利 太郎									
	住所										
振込先	金融機関名称	後期高齢			足利						
		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	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	ア	シ	カ	カ	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。											
上記のとおり申請します。											
令和2年6月25日											
住所 栃木県足利市本城3丁目2145番地				電話番号 0284-20-2184							
申請者氏名 足利 太郎				栃木県後期高齢者医療広域連合長 様							

【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										