

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	大正昭和	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() ※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。													
(あて先)福岡県後期高齢者医療広域連合長														
上記のとおり申請します。														
令和 年 月 日														
住所 電話番号														
申請者氏名 ⑩														

【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												
	住所												
	氏名	⑩											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 -												
	(フリガナ)												
	氏名	⑩											
												被保険者との関係	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
	円											

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	01234567													
	(フリガナ)	フクオカ タロウ					生年月日	大正 昭和				15 年 1 月 1 日			
	氏名	福岡 太郎													
住所	福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号														
振込先	金融機関名称	後期 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					中央 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)	フ	ク	オ	カ		ハ	ナ	コ						
		※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。													
(あて先)福岡県後期高齢者医療広域連合長															
上記のとおり申請します。															
令和 2 年 6 月 1 日															
住所 福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号							電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
申請者氏名 福岡 太郎							福岡								

【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 2 年 6 月 1 日													
	住所	福岡県〇〇市〇〇〇1丁目2番3号												
代理人 (口座名義人)	氏名	福岡 太郎												
	〒	123 - 4567 福岡県△△町△△△1丁目2番3号												
	(フリガナ)	フクオカ ハナコ												
氏名	福岡 花子					福岡					被保険者との関係 子			

保険者 記入欄	支給決定額												
	円												