

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者番号																				個人番号																											
	(フリガナ)																			生年月日	大 正		年		月		日																					
	氏 名																				昭 和		年		月		日																					
住 所																																																
振込先	金融機関名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 その他()																		本店 支店 出張所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入																												
	預金種別	普 通 当 座 その他()												口座番号																																		
	口座名義(カタカナ)																																															
受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。																																														
上記のとおり申請します。 なお、広域連合が傷病手当金の支給事務を行うにあたり、申請内容に疑義が生じた場合に、千葉県後期高齢者医療広域連合が事業主又は医療機関に申請内容について確認することに同意します。 年 月 日 (宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長 申請者 住 所 氏 名 ⑩ 電話番号																																																

【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
	住 所	氏 名 ⑩
代理人 (口座名義人)	〒 -	被保険者との関係
	(フリガナ)	
	氏 名 ⑩	

保険者 記入欄	支給決定額
	円