

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) 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。															
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 兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛															

【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	この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													

※ 給付金(傷病手当金)の受領を代理人に委任する場合は、被保険者の本人確認書類(後期高齢者医療被保険者証、運転免許証、旅券(パスポート)など)の写を添付ください。