

## 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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者番号                                      |                             |  |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |
|                            | (フリガナ)<br>氏名                                |                             |  |  |      |  |  | 生年月日  | 大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|                            | 住所  |                             |  |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |
| 振<br>込<br>先                | 金融機関<br>名称                                  | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( ) |  |  |      |  |  | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( )<br>※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<br>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 ㊟                    |   |                             |  |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |

【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<br>保<br>険<br>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                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |
| 代<br>理<br>人<br>(口<br>座<br>名<br>義<br>人) | 氏名                                      | ㊟ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |
|  | 〒                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者との関係 |  |  |  |
|  | (フリガナ)<br>氏名                            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ㊟        |  |  |  |

|                            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 支給決定額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 円     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |