

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号								
	氏 名				生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
振 込 先	金融機関 名称	銀 行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 協同組合 ()			本店 ・ 支店 ()				
	預金種別	普通 ・ 当座 ()		口座番号 左詰記載して下さい	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入				
	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。							
<p>上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の傷病手当金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岡山県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 (被保険者) 住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>									

【委任状】 ※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

申 請 者 <small>(被保険者)</small>	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	_____					印
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	住 所	_____					
	氏 名	_____					印
							被保険者との続柄