

# 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。													
<p>沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申請者氏名 ⑩</p>													

【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												
	氏名	⑩						住所					
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 ー												
	(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											