

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)

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

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	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 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							
								金融機関・支店コード ※記入不要							
	預金別	普通 ・ 当座 その他 ()			口座番号										
	口座名義人 (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。												
		<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"/> 」にチェック(✓)してください。													
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 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												
代理人 (口座名義人)	氏名												
	〒							被保険者との関係					
	(フリガナ)												
	氏名												

保険者 記入欄	支給決定額														
	円														

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)

記入例

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

本人申請受領の場合

被保険者情報	被保険者番号	01234567									
	(フリガナ)	コウキ タロウ									
	氏名	後期 太郎				生年月日	大正 昭和	15 年 1 月 1 日			
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号									
振込先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 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	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ				
	※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。										
	<input checked="" 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、「□」にチェック(✓)してください。										
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和4年 12 月 1 日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890											
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 公金受取口座を利用する場合のみ 「□」にチェック(✓)をしてください。 </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 日中、連絡がつく番号 をご記入ください。 </div>											

【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	
代理人 (口座名義人)	〒	被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

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)

記入例

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

代理人受領の場合

被保険者情報	被保険者番号	01234567										
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日				
	氏名	後期 太郎										
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
振込先	振込先	後期					中央					
	銀行	信用金庫					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()					
	信用組合	協同組合					※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入					
	その他()	金融機関・支店コード ※記入不要										
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号			9	8	7	6	5	4
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	ハ	ナ	コ						
※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。												
<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"/> 」にチェック(✓)してください。												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和4年 12 月 1 日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890												
代理人受領の場合、公金受取口座の利用はできません。 日中、連絡がつく番号をご記入ください。												

【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4年 12 月 1 日											
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号										
氏名	後期 太郎											
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇										
		●●市▲▲町4丁目5番6号										
	(フリガナ)	コウキ ハナコ										
氏名	後期 花子											
												被保険者との関係
												子

保険者 記入欄	支給決定額										
	円										