

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									生年月日	大正 昭和	年	月	日
	(フリガナ)													
	氏名													

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は、()内に記入してください。

振込先	銀 金 信 農	行 庫 組 協	本 支 店 店 ()				預 金 種 別	普 通 座 ()						
			※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入してください。											
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。		金融機関コード	支店コード										
口座番号 (右詰)							記号・ 番号							
口座名義 (カタカナ)	※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときは必ず記入してください。													
	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マスあけてください。													

上記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。

年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒 -)

住所 _____

氏名 _____

電話番号 () - _____

委任状	※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に☑を入れて記入してください。
私は下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療傷病手当金(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)に係る次の行為に関する一切の権限を委任します。	
委任者(被保険者)の住所	_____
氏名	_____
<input type="checkbox"/> 申請に関すること。	
<input type="checkbox"/> 受領に関すること。	
代理人(受任者)の住所	_____
氏名	_____
	被保険者 との関係