

様式第1号(第2条関係)

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号																	
	(フリガナ)												生年月日	大正	昭和	年	月	日
	氏名																	
	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。																	
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 (印) 岩手県後期高齢者医療広域連合長 殿																		

【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	(印)						住所						
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 —													
	(フリガナ)													
	氏名	(印)						被保険者との関係						

保 険 者 記 入 欄	支給決定額												
	円												