

(表)

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 (本人) | 保険者番号 | 3 | 9 | 4 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - (電話 - -) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | | | | 預金種目 | | 口座番号(左詰) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 銀行 金庫 信用組合 農協・漁協 | | 本店 支店 出張所 | | 1 普通 2 当貯 4 通座蓄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | | 店舗コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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"/> 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり申請します。 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">申請者 (記入された方)</td> <td>住所</td> <td colspan="9">〒 - (電話 - -)</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="6">被保険者との関係 ()</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | 申請者 (記入された方) | 住所 | 〒 - (電話 - -) | | | | | | | | | 氏名 | | | | | 被保険者との関係 () | | | | | |
| 申請者 (記入された方) | 住所 | 〒 - (電話 - -) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 被保険者との関係 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【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 (本人) | 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 | |
| | 氏名 | 住所 |
| 代理人 (口座名義人) | 〒 - | |
| | (フリガナ) | |
| | 氏名 | |
| | | 被保険者との関係 |

