

# 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 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。									
						金融機関コード				支店コード					
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。															
口座番号 (右詰)							記号 番号								
口 座 名 義 (カタカナ)															
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 _____