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	01234567		
	（フリガナ） 氏　名	コウチ　タロウ 高知　太郎	生年月日	大正 昭和（○）　15　年　1　月　1　日
	住　所	高知県〇〇市□□町1丁目2番3号		
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	1　2　3　4　5　6　7
	口座名義（カタカナ）	コ　ウ　チ　　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。		

上記のとおり申請します。

令和2年5月1日

〒780-0000
住　　所　　高知県△△市□□町1丁目4番1号

申請者氏名　　高知　太郎　　高知印
電 話 番 号　　012－3456－7890

高知県後期高齢者医療後期連合長　　様

【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。）

世帯主	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　2　年　5　月　1　日 氏名　高知　太郎　高知印　住所　同上	
代理人（口座名義人）	〒780－000 高知県〇〇市□□町1丁目4番1号	被保険者との関係
	（フリガナ）　コウチ　ハナコ 氏　名　高知　花子　高知印	妻

保険者記入欄	支給決定額	
	円	