

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) 氏名							生年月日	大正 昭和	年	月	日				
	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 ⑩ 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	⑩						住所					
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 —												
	(フリガナ) 氏名	⑩						被保険者との関係					

保 険 者 記 入 欄	支給決定額												
	円												