

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		個人番号		
	(フリガナ)		生年月日	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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>		
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号		
	口座名義(カタカナ)				
	<small>※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。</small>				
受 取 口 座	<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、振込先の記載は不要です。				
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 電話 番 号 申請者氏名 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛					

【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。 (被保険者が手書きしない場合は、記名押印してください)		年 月 日
	氏名	住所	
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -		被 保 険 者 と の 関 係
	(フリガナ)		
	氏名		

保 険 者 記 入 欄	支給決定額