

## 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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>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<br>込<br>先   | 金融機関<br>名称     | 銀行・金庫・信組・<br>農協・漁協・<br>その他（ ）   |  |  |  |      |  | 本店・支店・<br>出張所・本店営業部・<br>本所・支所<br>その他（ ）<br><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・<br>その他（ ）  |  |  |  | 口座番号 |  |  |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 口座名義<br>(カタカナ) | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |      |  |  |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                |   |  |  |  |      |  |  |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                |   |  |  |  |      |  |  |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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>  |                |   |  |  |  |      |  |  |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 郵便番号</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>電話番号</p> |                |   |  |  |  |      |  |  |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【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<br>保<br>険<br>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。 年 月 日 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住所                                   |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名                                   | ⑩        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代<br>理<br>人<br>(口<br>座<br>名<br>義<br>人) | 〒                                    | —        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (フリガナ)                               |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名                                   | ⑩        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                      | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 支給決定額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 円     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |