

## 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)                                      |                             |  |  |  |      |  |   |  |  |  |  | 生年月日 | 大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 |  |
|  | 氏名  |                             |  |  |  |      |  |   |  |  |  |  |      |          |   |   |   |  |
|  | 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>※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<br>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。 |                             |  |  |  |      |  |   |  |  |  |  |      |          |   |   |   |  |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電 話 番 号</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">滋賀県後期高齢者医療広域連合長様</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。 令和 年 月 日 |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 氏名                                      | 住所       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代<br>理<br>人<br>( <small>口座名義人</small> ) | 〒 -                                     |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | (フリガナ)                                  | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 氏名                                      |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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