

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													
	(フリガナ) 氏名							生年月日	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。												
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話 番号</p> <p>申請者氏名 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛</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。 年 月 日 （被保険者が手書きしない場合は、記名押印してください） 氏名 住所												
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 —												
	(フリガナ) 氏名												
被保険者との関係													

保 険 者 記 入 欄	支給決定額													
		円												