

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	01234567												
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	大正 昭和	15	年	1	月	1	日
	氏名	後期 太郎												
	住所	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
振 込 先	金融機関 名称	後期					中央							
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	キ		タ	ロ	ウ						
	※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2年4月15日 申請者<被保険者または相続人> (住所) 〇〇県△△市〇〇町1丁目2番3号 (電話番号) 012-3456-7890 申請者氏名 後期 太郎 山口県後期高齢者医療広域連合 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。	令和2年4月15日
	氏名 後期 太郎	住所 同上
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒123-4567 △△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号	被保険者との関係
	(フリガナ) コウキ ハナコ 氏名 後期 花子	妻

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	46,669円 ※申請者は記入しないこと

申請内容に応じ、以下の書類を提出すること。

- 様式第1号の3(第2条の2関係) 医療機関受診状況届(被保険者記入用)
- 様式第1号の4(第2条の2関係) 勤務状況及び賃金支払状況証明書(事業主記入用)
- 様式第1号の5(第2条の2関係) 診療状況証明書(医療機関記入用)