

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																
	(フリガナ) 氏 名						生年月日	大正 昭和	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。															
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者<被保険者または相続人> (住 所) (電話番号) (氏 名) 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 年 月 日														
	氏名 住所														
代理人 (口座名義人)	〒 —														
	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														
	円														

申請内容に応じ、以下の書類を提出すること。

- 1 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)
- 2 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)
- 3 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)