

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												
	氏 名	後期 太郎						生年月日	大正 昭和	15	年	1	月	1
	住 所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号												
振 込 先	金融機関 名称	後期						中央						
		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			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4年2月15日 申請者<被保険者または相続人> (住 所) 〇〇県△△市□□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 4 年 2 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□□町1丁目2番3号													
	被保険者との関係													
	妻													
(フリガナ) コウキ ハナコ														
氏 名 後期 花子														

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)