

(様式第69号)

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①)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|------------------|---|---|-------------------------------------|---|------|-----------------------------|---|---|-----------------|---|---|---|
| 被保険者情報 | 保険者番号 | 3 | 9 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | |
| | 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | |
| | (フリガナ) 氏名 | コウキ タロウ 後期 太郎 | | | | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 15 年 1 月 1 日 | | | | | | |
| | 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 | | | 銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 () | | | 中央 | | | 本店 支店 () | | | |
| | 金融機関コード | | | | | | | 支店コード | | | | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | | | 口座番号 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 口座名義人 (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1字空けてください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 宮城県後期高齢者医療広域連合長 様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、傷病手当金を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 2年 4月15日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 住所 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 後期 太郎  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 012 - 3456 - 7890 | | | | | | | | | | | | | | |

【委任状】 申請者以外の方が受領する場合は、以下の委任状をご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|---|--|
| 委任者 (申請者) | 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を下記代理人に委任します。 令和2年4月15日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 同上 | | | | | | | | | | | | |
| 受任者 (代理人) ※口座名義人 | 住所 | 〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 後期 花子  | | | | | | | | | | 被保険者との関係 | | |
| | | | | | | | | | | | | | 妻 | |

| 保険者 記入欄 | 受領申出 | 審査結果 | 支給決定額 | 備考 |
|------------|---|--|-------|----|
| | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 提出済 | <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 却下 | 円 | |