

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(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										
	住所										
振 込 先	金融機関 名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 その他()					本店 支店 出張所 その他()				
	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。 なお、広域連合が傷病手当金の支給事務を行うにあたり、申請内容に疑義が生じた場合に、千葉県後期高齢者医療広域連合が事業主又は医療機関に申請内容について確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>電話番号</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										
	住所						氏名	⑩			
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 -										
	(フリガナ) 氏名						⑩	被保険者との関係			

保 険 者 記 入 欄	支給決定額										
	円										