

# 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( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>					
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号								
	口座名義(カタカナ)												
	<small>※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。</small>												
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者&lt;被保険者または相続人&gt;</p> <p>(住 所) (電話番号)</p> <p>(氏 名)</p> <p style="text-align: right;">山口県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 宛</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。 令和 年 月 日											
	氏名						住所					
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -											
	(フリガナ) 氏 名											被保険者との関係

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)