

様式第20号(附則第3項関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用 その1)

|  |              |                             |   |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |
|--|--------------|-----------------------------|---|--|------|--|--|---|----------|---|---|---|--|--|--|
| 被保険者情報   | 被保険者番号       |                             |   |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |
|  | (フリガナ)<br>氏名 |                             |   |  |      |  |  | 生年月日  | 大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|  | 住所           |                             |   |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |
| 振込先  | 金融機関名称       | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( ) |   |  |      |  |  | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( )<br>※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<br>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。 |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |
| 長野県後期高齢者医療広域連合長 宛<br>上記のとおり申請します。<br>令和 年 月 日<br>住 所<br>被保険者氏名<br>電話番号 |              |                             |   |  |      |  |  |   |          |   |   |   |  |  |  |

【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<br>(口座名義人) | 〒 —                                     |   |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |
|                | (フリガナ)                                  |   |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |
|                | 氏名                                      | Ⓜ |  |  |  |  |  | 被保険者との関係 |  |  |  |  |

|            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者<br>記入欄 | 支給決定額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 円     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |