

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書

（被保険者記入用①）

受付印

被保険者情報	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7					
	(フリガナ)	コウキ タロウ							生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日				
	氏名	後期 太郎												
住所	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号													
振込先	金融機関名称	後期			銀行 信用金庫 農協 ()			中央			本店 支店 出張所 支所			
	預金種別	普通・当座 その他()			口座番号			0	1	2	3	4	5	6
	口座名義(カタカナ)	コウキ			タロウ			1	2	3	4	5	6	7
		※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。												

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の傷病手当金の支給を申請します。

令和 3 年 4 月 15 日

申請者

〒 123 - 4567
住所 〇〇県△△市〇〇町1丁目2番3号
氏名 後期 太郎
電話番号 012-3456-7890

【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。
ただし、被保険者が亡くなっている場合は、相続人からの念書が必要となります。

被保険者	住所	年 月 日										
	氏名	被保険者以外の方が被保険者からの委任を受けて受領する場合に記入が必要となります。										
代理人 (口座名義人)	住所	被保険者との関係										
	氏名	印										

市町 確認欄	<input type="checkbox"/> 申請書(被保険者記入用②)	受付	入力	確認
	<input type="checkbox"/> 申請書(事業主記入用) <input type="checkbox"/> 申請書(医療機関記入用) <input type="checkbox"/> 念書			

念書

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者が亡くなられている場合は、こちらの念書を同意のうえ、必要事項を記入してください。

死亡者	氏名
	住所
相続人	氏名 ⑩
	続柄

令和 年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の傷病手当金申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑はおかけいたしません。