

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												
	(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 信用金庫 農 協 ()						本 店 支 店 出張所 支 所 ※金融機関コード					
	預金種別	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。													
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 年 月 日 申請者 〒 ー 住 所 氏 名 印 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。
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	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											
	住 所 氏 名 印											
代 理 人 (口座名義人)	〒 ー 住 所 被保険者との関係											
	(フリガナ) 氏 名 印											

市 町 確認欄	☐ 申請書(被保険者記入用②) ☐ 申請書(事業主記入用) ☐ 申請書(医療機関記入用) ☐ 念書	受付	入力	確認

念 書

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名 ㊞
	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。