

様式第52号の2 (第32条の2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①)

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

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	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 その他 ( )						本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入					
								金融機関・支店コード ※記入不要					
	預金別	普通・当座 その他 ( )			口座番号								
	口座名義人 (カタカナ)												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 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。)

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	(印)											
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 _____												
	(フリガナ)												
	氏名	(印)											
		被保険者との関係											

保 険 者 記 入 欄	支給決定額												
	円												