

様式第7号（附則第2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）

年 月 日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様

私は、後期高齢者医療傷病手当金の支給を申請します。

申請者	被保険者番号		電話番号	
	(フリガナ)			
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
	住所			

※申請者と被保険者が同じ場合は記入不要です。

被保険者	被保険者番号		電話番号	
	(フリガナ)			
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
	住所			

※振込先が被保険者以外の口座である場合は委任状が必要となります。

振込先	金融機関名							支店名						
			銀行 信金 農協 漁協 ()						本店(所) 支店(所) 出張所					
	種目	普通 当座 ()	口座番号					口座 名義人 (カナ)						
郵便局の場合 (ゆうちょ銀行)		記号					番号							

保険者記入欄	支給決定額											
	円											