

記入例①(本人申請受領の場合)

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

Form with sections: 被保険者情報 (Insurance Information), 振込先 (Payment Information), 申請者 (Applicant), and 東京都後期高齢者医療広域連合長 あて (To: Tokyo Metropolitan High-Aged Persons Medical Area Union). Includes fields for name, address, bank, and phone number.

【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。)

Form for beneficiary information (受取代理人の欄) with fields for name, address, and relationship to the insured.

Table with 3 columns: 保険者記入欄 (Insured Entry), 支給単価(A) (Benefit Rate A), 支給日数(B) (Benefit Days B), 支給決定額(A×B) (Benefit Amount A×B). Units are Yen (円) and Days (日).

記入例①（代理人受領の場合）

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	0123567									
	(フリガナ) 氏名	コウキ タロウ 後期 太郎			生年月日	大正 15年 1月 1日 昭和					
	住所	東京都〇〇区△△町1丁目2番3号									
振込先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 その他 ()			中央 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						
	預金別	普通 その他 ()	当座 ()	口座番号	9	8	7	6	5	4	3
	口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ	ハ	ナ	コ				
※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。											
東京都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。 令和4年 7月 15日											
申請者		住所 東京都〇〇区△△町1丁目2番3号			氏名 後期 太郎 電話番号 03-1234-5678						

日中、連絡のとれる番号
 をご記載ください。

同じ印鑑を押印

【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4年 7月15日							
	住所	東京都〇〇区△△町1丁目2番3号						
	氏名	後期 太郎						
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇					被保険者との関係	
	(フリガナ)	〇〇市□□町4丁目5番6号						
	氏名	コウキ ハナコ 後期 花子					子	

保険者 記入欄	支給単価 (A)	支給日数 (B)	支給決定額 (A×B)
		円	日