

市川市後期高齢者医療被保険者特別傷病手当金支給申請書（請求書）

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号													
	(フリガナ) 氏名							生年月日	年 月 日					
	住所													
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 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						
	預金別	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。												
<p>市川市後期高齢者医療被保険者特別傷病手当金の支給を申請し、及び支給が決定された金額を請求します。また、市川市が特別傷病手当金の支給に関し必要な事項について、公簿の閲覧、千葉県後期高齢者医療広域連合への照会等の方法により確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話 番号</p> <p>氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">市 川 市 長</p>														

【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	本申請に基づく特別傷病手当金の受領に関する権限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)	〒	被保険者との関係												
	(フリガナ) 氏名							(印)						

市川市 記入欄	支給決定額													
		円												