

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

|                  |        |          |  |           |  |     |  |       |       |
|------------------|--------|----------|--|-----------|--|-----|--|-------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |          |  |           |  |     |  |       |       |
|                  | フリガナ   |          |  |           |  |     |  | 生年月日  | 年 月 日 |
|                  | 氏 名    |          |  |           |  |     |  |       |       |
|                  | 住 所    |          |  |           |  |     |  |       |       |
| 支払区分             |        | 口座振込金融機関 |  |           |  |     |  | 預金種別  |       |
| 口座振込             |        | 銀 行      |  | 信用金庫      |  | 本店  |  | 1. 普通 |       |
|                  |        | 信用組合     |  | 労働金庫      |  | 支 店 |  | 2. 当座 |       |
|                  |        | 農 協      |  |           |  | 出張所 |  | 3. 貯蓄 |       |
| 口 座 番 号          |        |          |  | 口 座 名 義 人 |  |     |  |       |       |
|                  |        |          |  | フリガナ      |  |     |  |       |       |
|                  |        |          |  | 氏名        |  |     |  |       |       |

上記のとおり申請します。

年 月 日

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者（被保険者） 〒 □□□□ — □□□□□□

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 TEL — —

（自署の場合は押印不要）

委任状欄

年 月 日

支給される傷病手当金の受領を下記の者に委任します。

委任する方

氏名 \_\_\_\_\_ 印 TEL — —  
（自署の場合は押印不要）

委任を受ける方

〒 □□□□ — □□□□□□

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ TEL — —

委任する方との関係 \_\_\_\_\_

|          |       |   |
|----------|-------|---|
| 【保険者記入欄】 | 支給決定額 | 円 |
|----------|-------|---|