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  保  険  者 | | 被保険者証番号 | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | |  | | | | | | | | | | 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  信用組合  労働金庫  農　　協 | | | | | | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | １．普通  ２．当座  ３．貯蓄 |
| 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | 口座名義人 | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　㊞　　℡　　　―　　　―  （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　　　　　　　　　　　　　㊞　　℡　　　　―　　　　―  （自署の場合は押印不要）  **委任を受ける方**〒　　　　　　―  　　住所  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　―　　　　―  　委任する方との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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