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）

記 入 例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | | 被保険者証番号 | | | | | **0** | | **1** | | **2** | | **3** | **4** | | **5** | **6** | **7** |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | **ｺ ｳ　ｲ ｷ　 　ﾀ ﾛ ｳ** | | | | | | | | | | 生年月日 | | **S 12** 年 **3** 月 **4** 日 | |
| 氏　名 | | | | | **広　域　　太　郎** | | | | | | | | | |
| 住　所 | | | | | 新潟市中央区新光町4番地1 | | | | | | | | | | | | | |
| 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  **第　四**  信用組合  労働金庫  農　　協 | | | | | | | | | | 本　店  **県 庁**  支　店  出張所 | | | | | １．普通  ２．当座  ３．貯蓄 |
| 口　座　番　号 | | | | | | | | | | | | 口座名義人 | | | | | | | | |
| **0** | **1** | | **2** | **3** | | **4** | | **5** | | **6** | | ﾌﾘｶﾞﾅ  **コウ イキ　 タ ロウ** | | | | | | | | |
| 氏名  **広　　域　　　太　　郎** | | | | | | | | |
| 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  **6 5**  **0 9**  **9 5 0**  申請者（被保険者）　〒　　　　　　―    **新潟市中央区新光町4番地1**  　　　　　　　　　　　　　住所  **広 域　太 郎**  　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　℡ 025 ― 285 ― 3221 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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　　　　　　　　　　　　　㊞　　℡　　　　―　　　　―  **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 |