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 |