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 |