

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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| | フリガナ | アガノ タロウ | | | | | | | 生年月日 | S15年1月1日 |
| | 氏名 | 阿賀野 太郎 | | | | | | | | |
| | 住所 | 新潟県阿賀野市岡山町10番15号 | | | | | | | | |
| 支払区分 | 口座振込金融機関 | | | | | | | 預金種別 | | |
| 口座振込 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | |
| | 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 | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | フリガナ | アガノ タロウ | | |
| | | | | | | | 氏名 | 阿賀野 太郎 | | |


上記のとおり申請します。

2 年 6 月 1 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) 〒 959 - 2092

住所 阿賀野市岡山町10番15号

氏名 阿賀野 太郎  TEL 0250-62-2510

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 _____

委任を受ける方

〒 □□□ - □□□□

住所 _____

氏名 _____ (印) TEL _____

委任する方との関係 _____

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