

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									
	フリガナ								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					
					フリガナ					
					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 \_\_\_\_\_ 印 TEL — —

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
----------	-------	---