

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号						
	(フリガナ)						
	氏名			生年月日	年	月	日
	住所						
振 込 先	金融機関名称	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 その他( )			本店・支店 その他( )		
	預金種別	普通・当座 その他( )	口座番号				
	口座名義人(カタカナ)						
<p><input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)</p> <p>※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。</p> <p>※公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。</p>							
<p>上記のとおり申請します。また、申請書②、③及び④の内容について、事業主又は医療機関に対し広域連合長又は受付市町村長が確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>愛知県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 連絡先 _____</p>							

【委任欄】被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄にも記入してください。

代 理 人 ( 口 座 名 義 人 )	〒 _____	被保険者との関係
	(フリガナ)	
	氏名	
被 保 険 者	私は次の権限を上記の代理人に委任します。(該当するものの口)にチェック(✓)してください。	
	<input type="checkbox"/> この申請書における傷病手当金の申請及び事業主又は医療機関への内容確認同意に関すること。 <input type="checkbox"/> この申請に基づく傷病手当金の受領に関すること。	
	氏名 _____	住所 口被保険者情報欄と同じ _____
		年 月 日

保 険 者 記 入 欄	支給決定額	
		円

- 必要書類
- 申請書① 申請者が記入する。
  - 申請書② 申請者が記入する。  
(受診なしの時は事業主の証明が必要)
  - 申請書③ 事業主が記入する。
  - 申請書④ 医療機関が記入する。  
(受診なしの場合は不要)

市区町村確認欄				広域連合確認欄			
受	入	力	確	認	訂	正	