

秋田県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和4年11月7日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 穂 積 志

秋田県後期高齢者医療広域連合規則第13号

秋田県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給規則の一部を改正する規則

秋田県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給規則（令和2年秋田県後期高齢者医療広域連合規則第7号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第2条関係）

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）

被保険者情報	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ)		
	氏名		生年月日	大正昭和 年 月 日
	住所			
振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()		
		本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入		
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号	
	口座名義(カタカナ)			
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。		
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 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。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。			
秋田県後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日 上記のとおり申請します。 また、秋田県後期高齢者医療広域連合が申請書の記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 電話番号				
【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）				
被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日			
	氏名	住所		
代理人 (口座名義人)	〒	被保険者との関係		
	(フリガナ)			
	氏名			
保険者 記入欄	支給決定額			
	円			

②～④ 省略

附 則

この規則は、令和5年1月1日から施行する。