

健康保険 保険給付金 受取代理人届

愛知県医療健康保険組合 理事長あて

令和 年 月 日

〈被保険者（申請者）の欄〉

住 所 : _____

電話番号 : _____ () _____

被保険者等記号・番号 : _____

氏 名 : _____

私に係る以下の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。

対象の給付種別に○を付け、対象年月・期間等を記入してください。	
() 療 養 費	診療年月(令和 年 月分) <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ <input type="checkbox"/> 立替払い
() 高額療養費	診療年月(令和 年 月分)
() 傷病手当金	請求期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
() 出産手当金	請求期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
() 出産一時金	事由発生日(令和 年 月 日)
() 埋 葬 料	事由発生日(令和 年 月 日)
() そ の 他	() _____

〈受取代理人の欄〉

住 所 : _____

電話番号 : _____ () _____

氏 名 : _____

被保険者（申請者）との関係 : _____

振 込 先	銀行	本店	預金種目	口座番号(左づめで記入してください)				
	金庫	支店	1.普通					
口 座	農協	出張所	2.当座					
	(フリガナ)						
	口座名義							