

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|--|-------|------|----------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証 記号番号 | | | 世帯主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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) | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 斑鳩町</p> <p>世帯主氏名</p> <p>電 話 番 号</p> <p style="text-align: right;">斑 鳩 町 長 中 西 和 夫</p> <p>殿</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|----|--|--|
| 世帯主 | 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。令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 住所 | 同上 | | |
| 代理人 (口座名義人) | 〒 | — | | | | | | | | | | 世帯主との関係 | | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

※氏名欄について、自署によらない記名のみ場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者 記入欄 | 支給決定額 | | | | | | | | | | | | | |
| | 円 | | | | | | | | | | | | | |