

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 号 記 号 ・ 番 号		世帯主氏名							
(フリガナ) 被 保 険 者 氏 名							生年月日	年 月 日	
住 所									
振 込 先 口 座	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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>	
	預金種別	普通・当座		口座番号					
	口座名義(カタカナ)								
<small>※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1字空けてください。</small>									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>赤穂市長宛</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者(世帯主) 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 () _____</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。 年 月 日	
	氏名 (印)	住所 同上
代 理 人 (口座名義人)	〒 _____	
	(フリガナ) 氏 名 (印)	世帯主との関係

申請時には、本人確認書類の提示が必要です。

※職員記入欄 本人確認

支給該当確認欄	
資料の確認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用) <input type="checkbox"/> 国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用) <input type="checkbox"/> 国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)
支給決定額	円

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被保険者番号	1234567	世帯主氏名	国保 一郎								
(フリガナ)	コクホ ジロウ		生年月日	平成 元年 5 月 1 日							
被保険者氏名	国保 二郎										
住所	赤穂市加里屋〇番地△										
振込先口座	金融機関名称	国保 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						
	預金種別	普通・当座	口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	ロ	ウ				
※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。											
上記のとおり申請します。 令和 3 年 4 月 〇 日 赤穂市長宛 住所 赤穂市加里屋〇番地△ 申請者(世帯主) 氏名 国保 一郎 電話番号 (0791) 43 - ××××											

【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 3 年 4 月 〇 日	
	氏名 国保 一郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 678 - 0239 赤穂市加里屋〇番地△	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎	子

申請時には、本人確認書類の提示が必要です。

※職員記入欄 本人確認

支給該当確認欄

資料の確認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用) <input type="checkbox"/> 国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用) <input type="checkbox"/> 国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)
支給決定額	円