

国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	世帯主氏名																																									
	(フリガナ) 氏 名	生年月日	昭和 平成 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)	<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><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><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>年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>世帯主氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">坂 東 市 長 木 村 敏 文 様</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 ㊟	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 ㊟	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円