

記入例

大治町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 | 123456 | 世帯主氏名 | 国保 一郎 | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | コクホ シロウ | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 元 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | |
| | 氏名 | 国保 二郎 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 大治町大字□□字□□1番地の2 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 名称 | 国保 | | | 大治 | | | | | | | | |
| | 預金別 | 普通・当座 その他() | | | 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 6 月 1 7 日 住 所 大治町大字□□字□□2番地の3 電話番号 052-4□□-□□□□ 世帯主氏名 国保 一郎 大 治 町 長 殿 | | | | | | | | | | | | | |

【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 6 月 1 7 日 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 国保 一郎 | | | 住所 | 同上 | | | | | | |
| 代理人 (口座名義人) | 〒490-11□□ 大治町大字□□字□□1番地の2 | 世帯主との関係 | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | コクホ シロウ | | | 子 | | | | | | | |
| | 氏名 | 国保 二郎 | | | | | | | | | | |

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