

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主用）

|  |            |                             |  |  |      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------|-----------------------------|--|--|------|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報   | 被保険者番号     |                             |  |  |      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (フリガナ)     |                             |  |  |      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏 名        |                             |  |  |      | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住 所        |                             |  |  |      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 振<br>込<br>先  | 金融機関<br>名称 | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( ) |  |  |      |      |       | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( )<br><small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small> |  |  |  |  |  |  |
|  | 預金別        | 普通・当座<br>その他( )             |  |  | 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、姓と名の間は一字空けてください。</small> |  |      |      |       |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所<br/>(世帯主) 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span><br/>電 話 番 号</p> <p>岩泉町長 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 <span style="float: right;">⑩</span> |  |  |  |  | 住所 |  |  |  |  |         |
| 代理人<br>(口座名義人) | 〒 —                                     |  |  |  |  |    |  |  |  |  | 世帯主との関係 |
|                | (フリガナ)                                  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |         |
|                | 氏名 <span style="float: right;">⑩</span> |  |  |  |  |    |  |  |  |  |         |

|            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者<br>記入欄 | 支給決定額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 円     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |