

様式第1号(第2条関係)

時津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 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)																
		※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 年 月 日 住 所 電 話 番 号 世帯主氏名 時津町長 様																	

【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 ⑩ 住所 同上																
代理人 (口座名 義人)	〒 ー																
	(フリガナ)																
	氏 名 ⑩																
	世帯主との関係																

保険者 記入欄	支給決定額																
	円																