

大野城市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 | A123-4567 | | 世帯主氏名 | 国保 太郎 | | | | | | | |
| | (ふりがな) | コクホ イチロウ | | | 生年月日 | 平成 2 年 1 月 1 日 | | | | | | |
| | 氏名 | 国保 一郎 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 福岡県大野城市〇〇1丁目2番3号 | | | | | | | | | | |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | 口座名義(カタカナ) | コ | ク | ホ | イ | チ | 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1字空けてください。 | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和 4 年 4 月 1 日 住所 福岡県大野城市〇〇1丁目2番3号 電話番号 092-123-4567 世帯主氏名 国保 太郎 印 大野城市長 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 4 年 4 月 1 日 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 国保 太郎 印 | | | 住所 | 同上 | | | | | |
| 代理人 (口座名義人) | 〒 816 - 1234 福岡県大野城市〇〇1丁目2番3号 | | | | | | | | | | 世帯主との関係 |
| | (フリガナ) | コクホ イチロウ | | | 氏名 | 国保 一郎 印 | | | 子 | | |

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