

## 亶理町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	み亶 A 1 2 3 4 5 6	世帯主氏名	国保 一郎						
	(フリガナ) 氏名	コクホ ジロウ	生年月日	昭和50年1月1日						
	住所	宮城県亶理郡亶理町字△△123-45								
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	ジロウ							
※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4月10日										
住所 宮城県亶理郡亶理町字△△123-45										
電話番号 0223-34-1234										
世帯主氏名 国保 一郎										
亶理町長殿										
【添付書類】										
1 亶理町国民健康保険傷病手当金支給確認書①(被保険者記入用)(様式第2号)										
2 亶理町国民健康保険傷病手当金支給確認書②(事業主記入用)(様式第3号)										
3 亶理町国民健康保険傷病手当金支給確認書③(医療機関記入用)(様式第4号)										

## 【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4月10日									
	氏名	国保 一郎					住所	同上		
代理人 (口座名義人)	〒989-2351 宮城県亶理郡亶理町字△△123-45							世帯主との関係		
	(フリガナ)	コクホ ジロウ					子			
	氏名	国保 次郎								

保険者 記入欄	支給決定額									
	円									