**須恵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 |  | | | | | | | 世帯主氏名 | | | |  | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　年　　月　　日  　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　印  須恵町長　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。　　　　　年　　　月　　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　住所　同上 | | |
| 代理人  （口座名義人） | 〒　　　　　― | | 世帯主との関係 |
| （フリガナ） |  |  |
| 氏名 | 印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 須恵町記入欄 | 支給決定額 |
| 円 |