

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	羽一			世帯主氏名				
	(フリガナ) 氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	羽生市							
振込先	金融機関名称	銀行 信用金庫 農協					本店 支店 出張所		
	預金別	普通・当座		口座番号					
	その他 ()								
	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 世帯主 住 所 氏 名 印 電話番号 (宛先) 羽生市長									

【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	印	住所	
代理人 (口座名義人)	〒一 住 所			世帯主との関係
	(フリガナ)			
	氏 名	印		

以下は記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額								
	円								

受付		確認	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	申請書	<input type="checkbox"/> 世帯主記入用 <input type="checkbox"/> 被保険者記入用 <input type="checkbox"/> 雇用主記入用 <input type="checkbox"/> 医療機関記入用
----	--	----	--	--	--	-----	--