

# 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 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1字空けてください。								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日 世帯主 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>(宛先) 羽生市長</p>										

**【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					
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	住 所		〒 一		世帯主との関係					
	(フリガナ)									
	氏 名		⑩							

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
--------	--	--------	--	--	--	-------------	--