

横芝光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	横芝光一				世帯主氏名					
	(フリガナ) 氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	住所										
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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>					
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号						
	口座名義(カタカナ)										
	<small>※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。</small>										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 横芝光町 電話番号 ()</p> <p>世帯主氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">横芝光町長 佐藤 晴彦 様</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。 年 月 日	
	氏名 Ⓜ	住所 同上
代理人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -	世帯主との関係
	(フリガナ) 氏名 Ⓜ	

保険者 記入欄	支給決定額
	円