

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

<b>被 保 険 者 情 報</b>	被保険者証 記号番号				世帯主氏名			
	(フリガナ)				生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所							

<b>振 込 先</b>	※振込先が世帯主以外の場合は、【受取代理人の欄】にも記入が必要です。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要です。) ※受取代理人を指定する場合は、公金受取口座の利用意思を確認したうえで個人番号を記入してください。 (口座名義人の個人番号 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> )																	
	<input type="checkbox"/> 下記のとおり振込口座を指定します。																	
	金融機関 名称				銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所												
	預金別	普通・当座 その他( )		口座番号														
(フリガナ) 口座名義人																		

上記のとおり申請します。申請書類等に記載されている事実を確認するため、必要に応じて市が事業所等に照会を行い、当該者から情報の提供を受けることに同意します。

(宛先)高崎市長

年 月 日

郵便番号

住 所

世帯主氏名

電話番号

**【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。)**

<b>世帯主</b>	本申請に基づく傷病手当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	
<b>代理人</b> <small>(口座名義人)</small>	〒 -		<b>世帯主との関係</b>
	(フリガナ)		
	氏名		

<b>保 険 者 記 入 欄</b>	<b>支給決定額</b>
	円