

国民健康保険傷病手当金支給申請書兼領収書(世帯主記入用)

被保険者証 記号番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9				
対象者	(フリガナ)	フクオカ ハナコ								生年月日	昭和	〇〇年	△△月	××日
	氏名	福岡 花子									平成			
療養のため休んだ期間 (今回申請期間)		令和 2 年 4 月 3 日から令和 2 年 4 月 27 日まで												
上記のとおり申請します。														
令和 2 年 5 月 12 日														
〒														
世帯主 住所		福岡市 博多 区												
		〇〇1丁目2番3-401号												
氏名		福岡 五郎												
電話(092 - △△△ - ××××)														
(あて先) 福岡市		区長												
振込先	金融機関名	福岡 銀行・農協 信用金庫								本店・支店 出張所				
	預金種別	普通・当座				口座番号 (右詰め)		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (カタカナ)	フクオカ コロウ												
※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。														

【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の受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日													
	氏名(※)		住所 同上											
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。														
代理人 (口座名義人)	住所	上記委任に基づく給付金の受領について、承諾します。												
	(フリガナ)												世帯主との関係	
	氏名													

領収欄	支給額 _____ 円 領収しました。													
	令和 年 月 日													
	世帯主 住所		福岡市 区											
	氏名		_____											
(あて先) 資金前渡者														

受付者	受付年月日	通知送付年月日	支給年月日	支給額	円
				支給方法	
				<input type="checkbox"/> 口座振込	<input type="checkbox"/> 窓口払