

新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------------------|--|--|------|--|----------|---|---|---|
| 被 保 険 者 情 報 | 被保険者証 記号番号 | | | | | 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1字空けてください。</small> | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番号</p> <p>世帯主氏名</p> <p style="text-align: right;">岡 山 市 長 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。 令和 年 月 日 | |
| | 氏名 | 住所 同上 |
| 代理人 (口座名義人) | 〒 | — |
| | (フリガナ) 氏名 | 世帯主との関係 |

| | |
|------------|-------|
| 保険者 記入欄 | 支給決定額 |
| | 円 |

| | | | | | | |
|--------|---|--------|--|--------|---|--------|
| 受 付 | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> | 確 認 | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 同一世帯(続柄) <input type="checkbox"/> 代理人(続柄 氏名) | 確 認 | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 番号カード* <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード* <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード* <input type="checkbox"/> その他() | 受 付 |
|--------|---|--------|--|--------|---|--------|