

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	岡1-1234567	世帯主氏名	国保 一郎								
	(フリガナ) 氏名	コクホ シロウ 国保 二郎			生年月日	昭和 平成 元年 2 月 3 日						
	住所	岡山市O区△△町1-2-3										
振 込 先	金融機関 名称	国保 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫・信組 農協・漁協 その他()			大 供 <input checked="" type="checkbox"/> 本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座 その他()			口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	口座名義 (カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	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1字空けてください。												
上記のとおり申請します。 令和 2 年 5 月 18 日 住 所 岡山市O区△△町1-2-3 電話番号 086-XXX-XXXX 世帯主氏名 国保 一郎 岡 山 市 長 様												

【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 2 年 5 月 15 日	
	氏名 国保 一郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒700-□□□□ 岡山市O区△△町1-2-3	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ シロウ 氏名 国保 二郎	子

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

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