

長泉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 記号・番号	(枝番)	世帯主氏名											
	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成	年	月	日						
	氏名													
	住所													
		銀行・金庫 農協	本店・支店 出張所											
	預金別	普通	口座番号											
	(カタカナ)													
	口座名義													
※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														
<p>長泉町長 様 年 月 日</p> <p>新型コロナウイルス感染症に感染するなどした被用者に対する傷病手当金を 受けたいので、長泉町国民健康保険被保険者に係る傷病手当金の支給に関する 規則第2条の規定により申請します。</p> <p>住所</p> <p>電話</p> <p>世帯主氏名 ㊟</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 (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												