

様式第1号(第2条関係)

富士川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() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号			
	口座名義(カタカナ)					
※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。						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 〒 電話番号 世帯主氏名 印 富士川町長						

【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	印	住所	同上		
代理人 (口座名義人)	〒	—	世帯主との関係			
	(フリガナ) 氏名	印				

保険者 記入欄	支給決定額	
	円	