

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	123-456		世帯主氏名	国保 一郎		
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和	2年1月1日
	氏名	国保 二郎				平成	
	住所	新宮町緑ヶ浜一丁目1番1号					
振込先	金融機関 名称	国保			中央		
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号	1	2	3
	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、姓と名の間は一字空けてください。							
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和2年6月15日</p> <p>住所 新宮町緑ヶ浜一丁目1番1号 電話番号 092-963-1733</p> <p>世帯主氏名 国保 一郎 </p> <p style="text-align: right;">新宮町長 殿</p>							

誓約書兼同意書

本申請書及び添付書類(以下「申請書等」という。)の記載内容が事実であることを誓約します。

新宮町が申請書等の審査、事実確認のため、関係機関に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

誓約及び同意事項に万一違反のありましたときは、健康保険法により支給の一部または全部を停止及び返還を求められ、ても異議なく従います。

【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 6 月 15 日	
	氏名 国保 一郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒811-0192 住所 新宮町緑ヶ浜一丁目1番1号	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎	子

新宮町記入欄								
受付日	資格確認	審査	決定	決定入力	支払帳票	通知	支払決定金額	支払日
			<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給				円	