

(様式第1号)

一宮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)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏 名			
	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) 一宮町長 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 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