

(様式第6条の2)

茅野市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 (宛先) 茅 野 市 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	Ⓜ	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			

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円