

様式第6号の2 (第11条の2関係)

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 記号番号	茅一	世帯主氏名								
	(フリガナ) 氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	住所										
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (マイナポータル等で登録した口座を利用される方) ※公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。										
振込先	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	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 ()				
	預金別	普通・当座 その他 ()	口座番号								
	口座名義 (カタカナ)										
上記のとおり申請します。 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。		年 月 日
	氏名	〒 住所	
代理人 (口座名義人)	〒 一		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