

調布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	31- -	(フリガナ) 世帯主氏名					
	(フリガナ) 氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 -						
	電話番号							
振込先指定口座	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			
	預金種別	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								
申請者 (世帯主) 電話番号								
氏名								
調布市長 宛								

【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)	住所	〒 -						
	電話番号						世帯主との関係	
	(フリガナ)							
	氏名	Ⓜ						

保険者 記入欄	傷病手当金	①		円	收受印	
	給与等との調整	②		円		
	支給決定額(①-②)			円		
					受付者	