

様式第1号 (第2条関係)

湯河原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 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
振込先	金融機関 名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店・支店 出張所 本所・支所 ※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 (右詰め)	
	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。		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 湯河原町 電話番号 ( )</p> <p>世帯主氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">湯河原町長 様</p>				
【受領代理人の欄】(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	本申請に基づく傷病手当金に関する受領を下記の代理人に委任します。			年 月 日
	住所 氏名	同上	⑩	
代理人 (口座名義人)	〒 住所 (フリガナ)	世帯主との関係		
	氏名	⑩		
保険者 記入欄	支給決定額			
	円			