

様式第 27号 (附則第 2 条関係)

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			
	金融機関 名 称	銀行・金庫・信組・農協 その他( )	本店・支店・本店営業部 その他( )	
振 込 先	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、姓と名の間は一字空けてください。			
<p>(宛先) 幸田町長</p> <p>上記のとおり申請します。なお、被保険者が幸田町国民健康保険条例附則第 3 条本文の規定に該当した場合は、支給を受けた傷病手当金を返還します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>世帯主住所</p> <p>世帯主氏名</p>				

【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	本申請に基づく傷病手当金の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	〒 -	
	フリガナ		世帯主との関係
	氏 名		

保険者 記入欄	支給決定額
	円