

茨城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	昭和 平成	年 月 日
	住 所	茨城町大字				
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（ ）	
	預金別	普通・当座 その他（ ）	口座番号		※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	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1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 _____ (印)						
茨 城 町 長 宛 て						

【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 _____ (印)	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 _____ (印)	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円