

阿賀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	被保険者証 記号・番号	阿賀野		世帯主氏名				
	(フリガナ)			生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
	氏名							
	住所							
振 込 先	金融機関 名称	銀行 金庫 信用組合 労働金庫 農協 その他()			本店・支店 本店営業部 本所・支所 出張所 その他()			
	預金種別	普通・当座 その他()	口座番号					
	(フリガナ)							
	口座名義人氏名							
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先)阿賀野市長</p> <p style="margin-left: 100px;">住所</p> <p style="margin-left: 100px;">申請人(世帯主) 氏名 (印)</p> <p style="margin-left: 100px;">電話</p> <p style="text-align: center;">【受取代理人委任欄】(世帯主以外の方が受領する場合は記入が必要です。□に✓を入れ、代理人欄を記入の上押印してください。)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 本申請に基づく手当金の受領を下記の代理人に委任します。</p>								
代 理 人	住所	〒 - -						
	氏名	(印)						
	世帯主との関係							

 保険者記入欄

支給決定額	円
-------	---