

## 新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者 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																				
振 込 先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。																				
	<input type="checkbox"/> 下記に記載してある口座を利用します。																				
	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																
	口座名義 (カタカナ)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																			
※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。																					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>世帯主氏名 岡山市長様</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)	〒					世帯主との関係				
	(フリガナ)									
	氏名									

保険者 記入欄	支給決定額									
	円									

受 付	<input type="checkbox"/> 郵送	確 認	<input type="checkbox"/> 世帯主	確 認	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 番号カード*	受 付
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 対象者		<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード*	
	<input type="checkbox"/> 同一世帯(続柄 )		<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 在留カード*		
	<input type="checkbox"/> 代理人(続柄 氏名 )		<input type="checkbox"/> その他( )				