

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	岡1-1234567	世帯主氏名	国保 一郎								
	(フリガナ)	コクホ シロウ		生年月日	昭和 元年 2 月 3 日							
	氏名	国保 二郎			平成							
住所	岡山市O区△△町1-2-3											
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 checked="" 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	国保 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small>			大供 <small>本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small>							
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号	0	1	2	3	4	5	6	
口座名義 (カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	ロ	ウ						
※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 4 年 10 月 18 日 住所 岡山市O区△△町1-2-3 電話番号 086-XXX-XXXX 世帯主氏名 国保 一郎 岡山市長様												

【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 4 年 10 月 15 日					
	氏名	国保 一郎			住所	同上
代理人 (口座名義人)	〒	700-□□□□ 岡山市O区△△町1-2-3				世帯主との関係
	(フリガナ)	コクホ シロウ				子
	氏名	国保 二郎				

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()		