

第6号様式（附則第2項）
（その1）

（表面）
東金市国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号		世帯主氏名	
	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
振 込 先	金融機関 の名称	銀行・金庫 組合・農協 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	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。			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者（世帯主）氏名</p> <p>電話番号</p> <p>（あて先）東金市長</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に関する受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日
	氏名	住所 同上
代理人 (口座名義人)	(〒 -) 住所	世帯主との関係
	(フリガナ)	
	氏名	

（保険者の記入欄）

支給決定額
円