様式第1号（第2条関係）

年　　月　　日

　身延町長　　　　　　様

（申請者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

国民健康保険傷病手当金支給申請書

　このことについて、身延町国民健康保険条例及び身延町国民健康保険新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給規則の規定により、次のとおり傷病手当金の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者証記号番号 |  | 世帯主氏名 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 振込先 | 金融機関名称 |  | 銀行 |  | 本店・支店 |
| 信用金庫 |
| 信用組合 |
| 協同組合 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※左詰めで記入。姓と名の間は一字空けてください。 |