



国民健康保険 傷病手当金支給申請書

年 月 日

(申請先)
熊本市長

住所 _____

申請者 氏名 _____
(世帯主)電話 _____
※日中連絡がつく連絡先

次のとおり傷病手当金の支給を申請します。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	-					
該 当 被 保 険 者 氏 名			男・女	生年月日	年 月 日	
療 養 の 状 況 等	別添のとおり					

請求委任及び口座振替依頼書

私は、熊本市から支払われる国民健康保険傷病手当金の請求に関する一切の権限を、熊本市国保年金課長（同課長に事故があるときは、同副課長）に委任します。

熊本市長様

振 込 先	銀 行	<input type="text"/>	(支店コード)	種目	普通・当座	口座番号	<input type="text"/>
	信用金庫			口座名義人		※カタカナでご記入ください。	
	農 協		支店				

委 任 状	私は、次の者に傷病手当金の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者(口座名義人) 委任者(世帯主) 住所 氏名	氏名	Ⓜ
-------------	--	----	---

- (注意) 1 太字内をご記入ください。
2 ※印の欄は、記入しないでください。

※支給金額	円
-------	---

※該当被保険者 国保加入年月日	S・H・R 年 月 日
※資格区分	一般・退職(本人)・退職(扶養)

受付

受付
