

傷病

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

申請者 住所 熊本市

(世帯主)

世帯主氏名

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					生年月日		年	月	日	
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										

・振込先を世帯主の名義の口座以外へ希望される場合は委任状の記入が必要です。

振込先	銀行 信用金庫 農協			支店		種目	番号						
	金融機関 コード			支店コード			口座 名義人	※カタカナでご記入ください。					

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					住所					
	氏名					氏名					(印)

(注意) 1 太枠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

受付