

様式第1号（第2条関係）

那珂市国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

那珂市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の支給に関する条例施行規則第2条の規定により、次のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 療 養 者 ）	被保険者証	記号 那珂	番号	世帯主 氏名	
	(フリガナ) 氏名			生年月日	年 月 日
振 込 先	金融機関等 名称			支店等名	
	口座種別			口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人				
<p>那珂市長 様</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(世帯主) 電話番号</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>					

【受取代理人の欄】（世帯主以外のかたが受領する場合は、記入が必要です。）

世帯主	<p>本申請に基づく傷病手当金の受領を下記の代理人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>
代理人 (口座名義人)	<p>住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩ 世帯主との続柄 ()</p>