


第1号様式(第3条関係)

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

|   |                    |                |       |       |              |           |   |   |   |   |   |
|---|--------------------|----------------|-------|-------|--------------|-----------|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報  | 被保険者証<br>記号番号      | 12 -           | 世帯主氏名 | 世田 太郎 |              |           |   |   |   |   |   |
|   | (フリガナ)             | セタ ハナコ         |       |       | 生年月日         | 昭和55年5月5日 |   |   |   |   |   |
|   | 氏名                 | 世田 花子          |       |       |              |           |   |   |   |   |   |
| 住所  | 世田谷区世田谷4 - 21 - 27 |                |       |       |              |           |   |   |   |   |   |
| 振<br>込<br>先   | 金融機関<br>名称         | 世田谷            |       |       | 世田谷          |           |   |   |   |   |   |
|   |                    | 銀行 信金<br>信組・農協 |       |       | 本店 支店<br>出張所 |           |   |   |   |   |   |
|   | 預金種別               | 普通・当座          |       |       | 口座番号         |           |   |   |   |   |   |
|   | 口座名義(カタカナ)         | セ              | タ     | タ     | ロ            | ウ         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。  |                    |                |       |       |              |           |   |   |   |   |   |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 2年 5月 10日</p> <p>住 所 世田谷区世田谷4 - 21 - 27 電話番号 03 - -</p> <p>世帯主氏名 世田 太郎 </p> <p style="text-align: right;">世田谷区長 あて</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            | 本申請に基づく給付金に関する受領を次の代理人に委任します。 年 月 日 |         |
|                | 氏名                                  | 住所 同上   |
| 代理人<br>(口座名義人) | 〒 -                                 | 世帯主との関係 |
|                | (フリガナ)                              |         |
|                | 氏名                                  |         |

|            |       |
|------------|-------|
| 保険者<br>記入欄 | 支給決定額 |
|            | 円     |