

様式第1号(第4条関係)

辰野町国民健康保険事業主傷病見舞金支給申請書

対象被保険者	被保険者証 記号番号	0 4 -		世帯主氏名	
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	長野県上伊那郡辰野町			
療養期間		年 月 日 から		年 月 日 まで	
振込先	金融機関 名称	銀行・信用金庫 農協 その他()		本店・支店 出張所・本店営業 部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	預金別	普通・当座	口座番号		
	口座名義(カタカナ)				
※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 年 月 日</p> <p>辰野町長 あて</p> <p>(申請者)</p> <p>住所 長野県上伊那郡辰野町</p> <p>氏名 Ⓜ</p> <p>電話番号</p>					

【受取代理人の欄】(申請者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日	
	氏名 Ⓜ	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 -	被保険者との関係
	住所	
	(フリガナ)	
	氏名 Ⓜ	

【添付書類】

- ・事業所得等が確認できる書類(確定申告書の控え等)