

志木市国民健康保険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		世帯主氏名	
	(フリガナ)			
	氏名			生年月日 年 月 日
	住所			
療養等期間	年 月 日から 年 月 日まで			

【受取代理人の欄】（対象被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被保険者	本申請に基づく見舞金に関する受領を下記の代理人に委託します。 年 月 日	
	住所 氏名	⑩
代理人 (口座名義人)	〒 住 所	被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名	

上記のとおり申請します。

年 月 日

志木市長 宛

(申請者)

住 所

氏 名

⑩

電話番号

振込先金融機関等		
金融機関	口座番号	口座名義(フリガナ)
銀行 信用金庫 農協 支店	当 No. 普	

※申請の際には、感染したことがわかる書類及び事業収入等を証明する書類（確定申告書の控え等）の添付が必要です。