

国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	85- -	(申請する被保険者(組合員)の情報)												
	(フリガナ) 被保険者 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日								
	住所														
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 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 その他()			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。													

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 電話番号 ()

被保険者氏名
(組合員)

印

東京都薬剤師国民健康保険組合
理事長 高橋 秀徳 殿

【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 (組合員) 氏名	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	印						住所	同上			
代理人 (口座名義人)	〒 -											被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名	印										

保険者 記入欄	支給決定額													
	円													

記入例（被保険者記入用）
※みどり色の部分は全て記入してください

国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者情報: 被保険者証記号番号 85 〇〇 123456, (フリガナ) トヤク タロウ, 氏名 都薬 太郎, 生年月日 昭和 平成 令和 元 年 1 月 1 日, 住所 ΔΔ県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション456号室
振込先: 金融機関名称 国保, 中央, 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 その他, 口座番号 1 2 3 4 5 6 7, 口座名義 (カタカナ) コ ク ホ シ ヲ ロ ウ

被用者で傷病手当金の申請をされる方の氏名等を記入します。

傷病手当金の受け取り口座を記入します。受取代理人に委任する場合は、委任した方の口座を振込先に指定して下さい。

上記のとおり申請します。
令和 2 年 5 月 7 日
住所 ΔΔ県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション456号室
電話番号 03-〇〇ΔΔ-□□□□
被保険者氏名 (組合員) 都薬 太郎
東京都薬剤師国民健康保険組合
理事長 高橋 秀徳 殿

傷病手当金を申請し受け取る被保険者の方の連絡先等を記入します

【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 (組合員) 氏名 都薬 太郎, 住所 同上, 令和 2 年 5 月 7 日
代理人 (口座名義人) 株式会社 〇〇薬局, 被保険者との関係 事業主, (フリガナ) コクホ ジロウ, 氏名 国保 二郎

受取人として委任できるのは、遺族又は事業主に限ります。

保険者記入欄 支給決定額