

理事長	常務理事	事務長	担当	台帳登載	支給年月日	支給決定金額
						円

新型コロナウイルス感染症

国民健康保険傷病手当金支給申請書（組合員記入用）

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号	岡 3 0 2 ・	組合員氏名	
	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日
	住 所			
振 込 先	金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合	本店・本店営業部 支店・支所 出張所	
	預 金 種 別	普通・当座	口座名義人 (カナ)	
	口 座 番 号			

※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字として、姓と名の間は1文字空けてください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住所

組合員

氏名

電話番号

印

岡山県医師国民健康保険組合 理事長 殿

【受領委任欄】（組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

組 合 員	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託します。	
	住所	令和 年 月 日
代 理 人 (口座名義人)	氏名	印
	〒	組合員との続柄
	住所	
	(フリガナ)	
	氏名	印