

下條村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			生年月日	S ・ H ・ R
	氏名				年 月 日
	住所	下條村（ 睦沢 ・ 陽阜 ）			
療養期間		年 月 日から		年 月 日まで	
療養期間のうち業務に就くことを予定していた日					合計 日
振込先	金融機関	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協		本店 ・ 支店 ・ 本所 ・ 支所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義（かた）				
<p>上記のとおり申請します。 ※添付書類：事業所得が確認できる書類（確定申告の控え等）</p> <p>なお、村が交付要件の確認のため住民登録及び村税等その他義務的納付金の納付状況を閲覧することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>下條村長 様</p> <p>（世帯主）住 所 下條村（ 睦沢 ・ 陽阜 ）</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p>					

【受取代理人欄】（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）	〒 - □住所は世帯主と同じ	
	住 所	世帯主との関係
	氏 名	

【医師の診断書欄】

患者氏名		傷病名	
初診日	年 月 日	発病年月日又は PCR検査等検査実施日	年 月 日 □発病 □PCR検査
療養が必要と認めた期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
所見	<p>下條村長 へ</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p>電話番号</p>		