

附則様式第7（附則第6項関係）

国民健康保険傷病手当金請求書兼口座振替依頼書

（被保険者番号： ）

請求金額 一金 _____ 円也

上記金額を請求いたします。
年 月 日

住 所

氏 名 _____ 印

石岡市長 宛

上記金額を領収いたしました。
年 月 日

氏 名 _____ 印

石岡市会計管理者 宛

口 座 振 替 依 頼 欄	
支 払 方 法	1 口座振替払 2 現金払
振 込 先 金 融 機 関	銀行 信金 農協 信組 労金
	本店 支店 出張所
口 座 種 別	1 普通 2 当座
口 座 番 号	
フリガナ	
口座名義人	電話番号()

【受取代理人の欄】（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 (申請者)	国民健康保険傷病手当金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。 年 月 日	
	郵便番号 _____	
	住 所	
代理人 (口座名義人)	郵便番号 _____	
	住 所	世帯主との関係
	(フリガナ)	
	氏 名 _____ 印	