

傷病給付金支給申請書(申請者記入用)

被保険者証の記号番号		国保 ・ 後期高齢者						
療養を受けた被保険者	氏名			生年月日	S H R	年	月	日
	住所	新発田市						
業 種								
帰国者・接触者相談センターへの相談日		令和		年	月	日		
医療機関の受診日		令和		年	月	日		
療 養 期 間		令和	年	月	日	から		
		令和	年	月	日	まで		日間
振込先	金融機関名等	銀行・農協・ 信金・信組・労金						本店・支店
	口座番号	普通 当座						
	口座名義人	フリガナ		電話番号		-		
<p>上記のとおり、添付書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">新 発 田 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">〔申請者〕住所 新発田市</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>申請者以外の方の口座に振り込む場合は、下記の委任欄の記入をお願いします。</p>								
委 任 欄	受任者住所							
	受任者氏名							
	委任者氏名 (申請者)	支給金額の受領を上記の者に委任します。		令和	年	月	日	

(添付書類) 事業収入等を証明する書類(確定申告書の控え等)

支 給 決 定 額	円
支 給 決 定 日	

傷病給付金支給申請書(医療機関記入用)

患者氏名	
傷病名	
初診日	令和 年 月 日
診断年月日	令和 年 月 日
療養を必要と認めた期間	令和 年 月 日 から(診断日) 日間 令和 年 月 日 まで
上記のうち、入院期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
所 見	
上記のとおり相違ありません。	
新 発 田 市 長 様	
令和 年 月 日	
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医師の氏名	
電話番号	