

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

Formulario de Solicitud del Subsidio por Lesiones o Enfermedades del Seguro Nacional de Salud
(para ser llenado por el cabeza de familia)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	Número de Hokenshou 滋長 - 0123456	世帯主氏名	Nombre del cabeza de familia 国保 一郎							
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			Fecha de nacimiento del asegurado 生年月日 昭和 平成 元 年 1 月 1 日						
	氏名	国保 二郎									
住所	Dirección del asegurado 滋賀県長浜市□□町1234番地										
振 込 先	金融機関 名称	Nombre del banco 国保			Nombre de la agencia 本店 支店 出張所 本店営業部 本所 支所 その他()						
	Tipo de cuenta 預金別	Comun Touza 普通 当座 その他()			口座番号			Número de la cuenta			
	口座名義(カタカナ)	コ ク ホ			シ 〃 ロ ウ						
	Nombre del titular de la cuenta en Katakana tal como este impreso en la libreta bancaria ※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2年5月15日

長浜市長 あて

住 所 長浜市□□町1234番地
Dirección

世帯主氏名 国保 一郎
Nombre del Setainushi Inkan

電話番号 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇 国保
Tel Inkan

En caso de recibir a través de un apoderado, deberá llenar el recuadro de abajo
【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	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。 Nombre del cabeza de familia (Setainushi) 氏名 国保 太郎 Inkan	Fecha en que fue llenado 令和2年4月15日
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 Dirección del apoderado 滋賀県長浜市□□町1丁目2番3号	Parentesco 世帯主との関係 con el cabeza de familia
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎 Inkan	子

保険者 記入欄	支給決定額 46,669円
------------	------------------