

様式第1号（第4条関係）

令和 5年〇〇月〇〇日

和光市長 様

申請者氏名 国保 一郎

申請者住所 和光市〇〇1-2-3
申請者電話番号 012-3456-7890

新型コロナウイルス感染症に関する和光市国民健康保険傷病見舞金支給申請書兼請求書

新型コロナウイルス感染症に関する和光市国民健康保険傷病見舞金支給要綱（以下「要綱」という。）第4条に基づき、新型コロナウイルス感染症に関する和光市国民健康保険傷病見舞金の支給を受けたいので、当該見舞金の支給の決定に必要な範囲で、市が支給対象者の課税台帳等の確認をすることにより支給対象者の事業収入等に関する情報の提供を受けることに同意して、以下のとおり申請します。

1 申請内容

支給対象者	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎
	被保険者 記号・番号 わこう・1234567
	生年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
世帯主 ※支給対象者と異なる 場合のみ記入	(フリガナ) コクホ イチロウ 氏名 国保 一郎
	被保険者 記号・番号 わこう・1234567
世帯主の 振込口座	金融機関名 国保銀行
	支店名 中央支店
	口座種別 普通 ・ 当座
	口座番号 1234567
	カタカナの口座名義 コクホ イチロウ

2 医師の意見欄（又は診断書を添付してください。）

支給対象者が新型コロナウイルス感染症に感染したことを確認した日
年 月 日
支給対象者が新型コロナウイルス感染症に感染し、診療を受けていることに相違ありません。
年 月 日
医療機関等名称
所在地
医師名