

宮田村新型コロナウイルス感染症傷病見舞金支給申請書

|   |                   |   |                          |
|---|-------------------|---|--------------------------|
| 対象被保険者  | 被保険者証<br>記号番号     | 世帯主氏名                                       |                          |
|   | (フリガナ)<br>氏名      | 生年月日  | 年 月 日                    |
|   | 住所                | 宮田村   |                          |
| 療養期間  | 年 月 日 から 年 月 日 まで |   |                          |
| 振込先   | 金融機関<br>名称        | 銀行・信用金庫<br>農協<br>その他( )                     | 本店・支店<br>本所・支所<br>その他( ) |
|   | 預金別               | 普通・当座                                       | 口座番号                     |
|   | 口座名義(カタカナ)        | ※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。 |                          |
| <p>上記のとおり申請します。(添付書類:・事業収入等が確認できる書類(確定申告書の控え等))</p> <p>宮田村長 様 令和 年 月 日</p> <p>(申請者)</p> <p>住所 宮田村</p> <p>氏名 (電話番号 — )</p> |                   |   |                          |

【受取代理人の欄】(申請者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

|                |   |
|----------------|---|
| 被保険者           | 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<br>(口座名義人) | 〒 —                                     |
|                | 住所 被保険者との関係                             |
|                | (フリガナ)                                  |
|                | 氏名                                      |

【医師の診断書欄】

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 患者氏名  | 傷病名                                   |
| 初診日 令和 年 月 日  | 発症年月日又はPCR検査等検査実施日 令和 年 月 日 ・発病・PCR検査 |
| 発病の原因   | 療養が必要と認められた期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日     |
| 所見  |                                       |
| <p>宮田村長 あて 令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 電話番号 —</p> |                                       |