

受付印

償還払い支給申請書

( 年 月分)

|  |             |        |     |   |   |   |   |   |   |
|--|-------------|--------|-----|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>被保険者氏名   |             | 保険者番号  |     | 3 | 3 | 2 | 0 | 4 | 9 |
|  |             | 被保険者番号 |     |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日 | 性別     | 男・女 |   |   |   |   |   |   |
| 住所   | 〒           |        |     |   |   |   |   |   |   |
|  | 電話番号        |        |     |   |   |   |   |   |   |
| 支払金額合計   | 円           |        |     |   |   |   |   |   |   |
| 申請理由   |             |        |     |   |   |   |   |   |   |
| <p>玉野市長 様<br/>上記のとおり、関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 (被保険者)<br/>氏 名 印 電話番号</p> |             |        |     |   |   |   |   |   |   |

- ※注意 1. この申請書に該当月分の領収証も併せて添付してください。  
2. 口座名義は申請被保険者名をお願いします。

上記に係る給付費を下記の口座に振り込んでください。

| 口座振替<br>依頼欄 | 金融機関名   | 店舗名   | 種 目 | 口 座 番 号         |                       |  |  |  |  |
|-------------|---------|-------|-----|-----------------|-----------------------|--|--|--|--|
|             |         |       |     | 本店<br>支店<br>出張所 | 1 普通<br>2 当座<br>3 その他 |  |  |  |  |
|             | 金融機関コード | 店舗コード |     |                 |                       |  |  |  |  |
|             | フリガナ    |       |     |                 |                       |  |  |  |  |
|             | 口座名義人   |       |     |                 |                       |  |  |  |  |

玉野市記入欄

| 区 分                       | 保険料納付状況 |     | 領収書確認 | 備 考 |
|---------------------------|---------|-----|-------|-----|
| 1 一般 2 支払方法の変更<br>3 給付額減額 | 未納保険料   | 有・無 | 滞納保険料 | 有・無 |