

受 付 印

償還払い支給申請書

(平成・令和 年 月分)

|                                                                                 |       |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|---|--------|----|-----|-----|--|--|--|--|--|---|------|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                  |       |   | 個人番号   |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
|                                                                                 |       |   | 被保険者番号 |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
| 生 年 月 日                                                                         | 明・大・昭 | 年 | 月      | 日生 | 性 別 | 男・女 |  |  |  |  |  |   |      |
| 住 所                                                                             | 〒     |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
|                                                                                 | 電話番号  |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
| 支払金額合計                                                                          | 円     |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
| 申 請 理 由                                                                         |       |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
|                                                                                 |       |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
|                                                                                 |       |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
| 佐世保市長 様<br>上記のとおり、関係書類を添えて申請します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住 所<br>申請者（被保険者）<br>氏 名 |       |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  |   |      |
|                                                                                 |       |   |        |    |     |     |  |  |  |  |  | 印 | 電話番号 |

- ※注意 1. この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書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でお願いします。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|               |         |  |  |                   |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
|---------------|---------|--|--|-------------------|--|--|-------|---------|--|--|--|--|--|
| 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 |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
|               | 金融機関コード |  |  | 店舗コード             |  |  | 1 普 通 |         |  |  |  |  |  |
|               |         |  |  |                   |  |  | 2 当 座 |         |  |  |  |  |  |
|               |         |  |  |                   |  |  | 3 その他 |         |  |  |  |  |  |
|               | フリガナ    |  |  |                   |  |  |       |         |  |  |  |  |  |
|               | 口座名義人   |  |  |                   |  |  |       |         |  |  |  |  |  |

佐世保市記入欄

|         |           |         |     |       |     |       |             |
|---------|-----------|---------|-----|-------|-----|-------|-------------|
| 区 分     |           | 保険料納付状況 |     |       |     | 領収書確認 | サービス提供証明書確認 |
| 1 一般    | 2 支払方法の変更 | 未納保険料   | 有・無 | 滞納保険料 | 有・無 |       |             |
| 3 給付額減額 |           |         |     |       |     |       |             |