

常務理事	理事	事務長	担当者	支給日

受付日付印



◎第2種組合員(従業員)が対象

傷病見舞金支給申請書 (第 回)										
被保険者証の記号番号	宮医 A	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	職種	例)看護師					
第2種組合員氏名 (従業員)	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)							
傷病名										
入院期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日 (日間)									
入院した病院・診療所 名称及び所在地										
前受給の有無	有・無		前受給有の 場合の期間	自:平成・令和 年 月 日						
前受給傷病名				至:平成・令和 年 月 日 (日間)						
送金先	銀行名	銀行							支店	備考
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号							
	(フリガナ)									
	名義人氏名									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日(届出日)</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員 (事業主) 氏名</p> <p>電話番号 () -</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>										
支部長意見	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日(受付日)</p> <p style="text-align: right;">支部長 印</p>									

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

DL