

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	第2種組合員資格取得日	昭・平 年 月 日	
第2種組合員氏名		生年月日	昭・平 年 月 日(歳)	
傷病名				
入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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 年 月 日 至: 平成 年 月 日 (日間)
前受給傷病名				
送金先	銀行名	銀行 支店		備考
	預金種目	普・当・貯	口座番号	
	(フリガナ) 名義人氏名			
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒 - 住 所 第1種組合員 (事業主) 氏 名 ⑩ 電話番号 - - 宮城県医師国民健康保険組合理事長 様				
支部経由	平成 年 月 日 支部長 ⑩			

※ 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。

D L