

常務理事	理事	事務長	担当者

受付日付印



◎第1種組合員B用(75歳以上の医師)が対象

入院見舞金支給申請書			
組合員証 記号番号	宮医 A	資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日
第1種組合員 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日(満 歳)
傷病名	1) 2)	発病年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日
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	有の期間	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日(日間)
前受給傷病名	1) 2)		
送金先	銀行名	銀行	支店
	預金種目 (フリガナ)	普通・当座・貯蓄	口座番号
	名義人氏名		
	備考		
上記のとおり診断書を添えて申請します。			
令和 年 月 日(届出日)			
〒 -			
住所			
第1種組合員B (医師) 氏名			
電話番号 () -			
宮城県医師国民健康保険組合理事長 様			

(注)診断書を添付の上、支部(郡市医師会)を経由の上で提出すること。

支部 長 意 見	令和 年 月 日
	支部長 印

※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。