

入院見舞金支給申請書

組合員証 の記号番号	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			生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	
傷病名	1) 2)	発病 年月日	1) 2)	年 月 日 年 月 日	
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	有の期間	平成 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	備考
	預金種目	普・当・貯	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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 —</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員B</p> <p>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>					

(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	<p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">支部長 Ⓜ</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。