

伺	決 裁 年 月 日		令 和 年 月 日	
	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

傷 病 見 舞 金 支 給 申 請 書				(後期高齢者)
記 号 番 号	※	3 種 組 合 員 氏 名		
傷 病 名				
発病又は負傷の原因 年 月 日			令 和 年 月 日	
療養を受けた医療 機関名及び所在地				
入 院 期 間	令 和 年 月 日 から		日間	
	令 和 年 月 日 まで			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p>3 種 組 合 員 住 所</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>TEL ( )</p> <p>三重県医師国民健康保険組合 様</p>				
所属支部長証明	<p>上記申請書の記載に誤りのないことを証明する。</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p>支部長 (印)</p>			
※印の欄は記入しないで下さい。		振込銀行をご記入下さい。		
支 給 金 額		銀 行	支 店	
※		普通 ・ 当座 No.		
円		(フリガナ) 名 義		