

入院見舞金支給申請書

記号番号	78					フリガナ 入院した方 の氏名		1. 組合員 2. 家族
------	----	--	--	--	--	----------------------	--	-----------------

お願い

* 保険外の診療による入院は支給対象外です。(正常分娩による入院ならびに非保険医による診療)
* 総合病院で診療科をまたがって入院している場合は、通算入院日数で証明くださいますようお願いいたします。

医 師 の 証 明 欄	入院期間及び日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
上記のとおり入院治療したことを証明します。			
平成 年 月 日			
医療機関名		印	
所在地		印	
医師名		印	
<p>上記の証明又は入院に係わる医療費及び入院日数を確認できる領収書を添えて入院見舞金を申請いたします。 下記の金融機関口座へお振込下さい。振込入金を以て受領と認めます。 「個人情報の取扱について」を確認し同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員住所</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名</p> <p>東京食品販売国民健康保険組合 殿</p> <p style="text-align: right;">連絡先電話番号</p>			

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協			本店・支店
	銀行コード		支店コード		
	種 目	1.普通 2.当座 4.貯蓄	口座番号		
	フリガナ				
名 義 人					

※ 「ゆうちょ銀行」の口座への振込をご希望の方は、振込用の店名・口座番号をご記入ください。

支 給 内 訳	年 度	入院・開始年月日	退院・終了年月日	支給日数	通算日数	支給決定額
		. .	. .	日	日	円
		. .	. .	日	日	円
支給決定年月日						平成 年 月 日

決 裁 欄	所 長	課 長

処 理 欄	入 力	確 認	受 付 番 号	
			-	-

扱 者

