

傷病見舞金支給申請書（令和 年 月分）

後期高齢者組合員専用

主治医の意見	傷病名			
	診療開始年月日			
	主症状及び経過概要			
	入院した期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日	まで 日間
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 千 住 所 _____ 主治医 医療機関名 _____ 氏 名 _____ 印			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 千 住 所 _____ 後期高齢者組合員 氏 名（自署） _____ 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿				

振込先金融機（後期高齢者組合員の名義口座のみ）

※原則、保険料引き落とし口座への振込となります。（その場合記入不要）

銀行名	銀行	支店名	支店
口座番号	(普通 ・ 当座) No.	フリガナ	
		口座名義	

事務処理欄	支給決定金額	金 円	支給開始日	令和 年 月 日
-------	--------	-----	-------	----------