様式１

特別給付金申請書

公益社団法人

沖縄県農林水産団体共済会 御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日

団 体 名

団体長名 　　　 　　　　　　　　　　　 印

　下記により療養見舞金の給付申請をいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被共済者番号 |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | |
| 被共済者名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名称 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院期間 | 自　　　　　　年　　　月　　　日  至　　　　　　年　　　月　　　日 （　　　　日間） | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 入院証明書等の入院期間が記載されている書類（写し可） | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付金の振込先（被共済者又は受給者の預金口座） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 支　店　名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | 普　通 | | |  |  | |  | － |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

（注） 療養見舞金は２日以上の入院療養に対し支給されます。（最高30日、90,000円まで）