

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)