

見舞金

福利I号

◆疾病又は障害により2日以上入院療養した時に申請します。

◆入院日数の分かる書類を添付します。(写し可)

◆対象は職員のみです。

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日以上入院療養に対し支給されます。(最高30日、90,000円まで)