

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)