様式第２号

理事長		副理事長		常務理事		常務理事		事務長		担当	

傷病見舞金支給申請書（共済会）

被保険者証番号			8	8			

業務に従事することができなくなった年月日	平成・令和　　年　　月　　日
傷　病　名	
入院の有無及び期間	有　入院　日間　自 平成・令和　　年　　月　　日 無　　至 平成・令和　　年　　月　　日
入院の場所	

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住所

会員

氏名　　㊞

秋田県医師国民健康保険組合共済会理事長　様

振込指定銀行	銀行　　本支店
口座番号	普・当　No.
フリガナ	
預金口座名	

（裏）

主治医の意見	傷　病　名	
	就業不能と認めた期間	自 平成・令和　年　月　日 至 平成・令和　年　月　日　日間
	症状及び経過等支給決定上の参考意見	
	上記のとおり相違ありません。 令和　年　月　日 医師　住所 氏名　㊞ 電話（　　）　―	

支部長の意見	受給に関する調査意見	
	令和　年　月　日 支部長　㊞	

※　前　給　付	A　通算　日間 B　通算　日間	合計　日間		
※　承　認　決　定	今回 A / B　日間	円		
	給付総日数	日	給付総額	円

※は組合で記入