

(様式50号)

傷病見舞金支給申請書

後期高齢者 組合員証番号		後期高齢者の 組合員氏名		男・女
入院した期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間
過去1年間に於いて傷病手当金及び傷病見舞金を 申請したことの有無		有・無 (年 月)		
必 ず 記 入	(フリガナ)			
	振込先	銀行・信金 信組・農協	店 出張所	
	口座番号			
	口座種別	普・当		
	(フリガナ)			
	通帳名義			
上記のとおり申請いたします。				
年 月 日				
後期高齢者の組合員 住 所				
氏 名				
電話番号 (— —)				
全国歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿				

支給金額	
	円

係



支部長	支部常務	係



※入院者の名前が入った後期高齢者医療給付分の入院日数がわかる領収書等の写しを添付

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。