

承認欄	担当者

傷病見舞金支給申請書

療養を担当した医師が記入するところ	傷病者			
	傷病名			
	発病・負傷原因			
	入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間		
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住 所 医療機関名 TEL() — 医師氏名 ㊞			
振込先 (先生名義)	銀行・信金・信組 支店	口座番号	普通・当座 No.	
フリガナ				
名 義				
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 〒 — 住 所 組 合 員 氏 名 ㊞ いわて医師協同組合 理事長 殿				

※ 前回までの 支払い日数	日	※ 決 定 日 数	日	※ 支 給 決 定 額	円
------------------	---	--------------	---	----------------	---

※は記入しないでください。

※組合員コード —