


|   |                         |
|---|-------------------------|
|  | 本件決定の支給額<br>を命ずる<br>理事長 |
|   | 専務理事                    |

|      |      |       |      |       |   |     |
|------|------|-------|------|-------|---|-----|
| 専務理事 | 事務局長 | 事務局次長 | 給付課長 | 係長    | 係 | 支部係 |
| 令和   | 年    | 月     | 日    | 支払命令第 |   | 号   |

## 入院見舞金支給申請書

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 資格継続組合員<br>管理番号 | 後期高齢者<br>組合員氏名                  |
| 傷病名             | 入院期間<br>令和 年 月 日<br>令和 年 月 日 日間 |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

後期高齢者組合員 住所

氏名

T E L

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

上記申請書の支給金額については、下記口座へ振込みください。

| 名義人の氏名<br>(フリガナ) | 指定金融機関名       | 預金区分 | 口座番号 |
|------------------|---------------|------|------|
|                  | 銀行 本店         | 普通   |      |
|                  | 信用金庫 支店       | 貯蓄   |      |
|                  | 農業・漁業協同組合 出張所 | 当座   |      |

備考 1 預金区分の欄は、該当のものを 印で囲んでください。

2 支給決定通知書を交付しますので、入金の確認をお願いします。

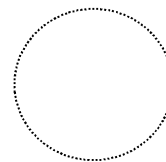
病院等に7日間以上入院したことが、証明できる書類を添付してください。

下記のとおり入院見舞金の支給額を決定してよろしいか。

|      |         |
|------|---------|
| 入院期間 | 支給決定額   |
| 日    | 5,000 円 |

|   |
|---|
| 領 収 書   |
| 一金  |
| 上記金額領収しました<br>令和 年 月 日<br>氏名<br>名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様 |

本部受付印



支部受付印

