

病 気 見 舞 金 申 請 書

会員番号			フリガナ	
生年月日	年	月	日生	会員氏名
	(歳)			
現住所 (電話番号)	〒 ()			
勤務先			傷病名	
入院加療 期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで
	在宅療養			平成
	期	間		年
	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで
振込先 口座	銀行 支店			
	普通 ・ 当座 預金 (○をつけてください)			
	(フリガナ)			
	口座番号			口座名義
地区長 又は 施設代表者 の証明	上記のとおり証明します。			
	平成	年	月	日
	証明者	役職名		
	氏名			印
	上記のとおり申請します。			
	平成	年	月	日
	申請者 (本人)	氏名	印	
	公益社団法人 沖縄県看護協会 会長 殿			

以下看護協会記入欄ですので、ご記入は不要です。

処 理 事 項	受理		決定		支給	
	年	月	日	年	月	日
	会 長	専 務	事務局長	決定金額		
				円		

※ 会務による傷害の場合は、その旨を摘要欄に記載してください。