

病 気 見 舞 金 申 請 書

フリガナ 会員氏名	会員番号										
	生年月日		年 月 日 (歳)								
現住所 電話番号	〒		-		TEL () -						
勤務先				支部名							
入院加療期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日	
発病年月日	平成		年	月	日	傷病名					
治癒年月日	平成		年	月	日						
病気見舞金 振込口座	銀行		支店								
	普通預金 口座番号										
	口座名義 フリガナ										
	口 座 名 義										
支部長又は施設 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 ㊟										
摘 要	上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 申請者 (本人) 氏名 ㊟ 広島県看護連盟 会長 様										

※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。