理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課長	業務係	会計・庶務係

傷病見舞金支給申請書 (高齢組合員用)						
組合員氏名						
傷病名		生年月日		大昭年月日		
医療機関の証明	入院期間	令和 年 月 日から		日間		
		令和 年 月 日まで				
		令和 年 月 日から				
		令和 年 月 日まで				
上記のとおり証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関の所在地及び名称						
氏名 ⑩						
上記のとおり傷病見舞金の支給を申請します。						
令和 年 月 日						
〒						
被保険者住所						
組合員氏名						
電話						
宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿						
取扱銀行名	銀行	支店	普通預金No.			
フリガナ			年 月 日			
預金口座名義			円 処理済			