

## 病 気 見 舞 金 申 請 書

会員証番号	第 号	フリガナ 会員氏名	
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
現住所 電話番号	〒		
勤務先		支部名	
入院加療 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	傷病名	
発病年月日	令和 年 月 日	治癒年月日	令和 年 月 日
病気見舞金 振込先口座	<u>銀行</u> <u>支店</u> <u>預金</u> <u>口座番号</u> <u>口座名義</u>		
支部長又は 施設代表者 の証明	上記のとおり証明します。  令和 年 月 日  証明者 役職名 氏名 ㊟		
摘 要			
上記のとおり申請します。  令和 年 月 日  申請者（本人）氏名 ㊟  公益社団法人広島県看護協会会長 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。