

療養見舞金申請書

申請日 西暦 年 月 日

慶弔見舞規程第2章第4条により、公益社団法人静岡県放射線技師会療養見舞金の申請をいたします。

申 請 者	
氏名	
会員番号	
所属施設	
連絡先電話番号	
連絡用メールアドレス	

療 養 内 容	
疾病名 *差支えのない範囲内で	
療養開始日	西暦 年 月 日
療養終了(見込み)	西暦 年 月 日 未定の場合は不要
療養区分	<input type="checkbox"/> 入院(医療機関名)
	<input type="checkbox"/> 自宅療養
	<input type="checkbox"/> その他

振 込 先 該当する方に☑を入れ、該当する欄のみ記入	
<input type="checkbox"/> 銀行口座	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行
銀行名	店名
支店名	記号(5桁)
口座番号	番号(8桁)
口座種別 (普通・当座)	預金種目(普通・貯蓄・当座)
口座名義(カタカナ)	口座名義(カタカナ)

※ 原則として、3カ月以上の長期にわたる傷病者に審査の上、療養見舞金 10,000円を支給します。

添付書類として、医師の診断書(写)または入院・療養を証明できる書類を提出して下さい。