様式１

特別給付金申請書

公益社団法人
沖縄県退職金支援共済会　御中

年　　月　　日

団 体 名

団体長名　　印

下記により療養見舞金の給付申請をいたします。

記

被共済者番号		
被 共 済 者 名		
傷　　病　　名		
医療機関名称		
医療機関所在地		
入 院 期 間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日（　　日間）	
添 付 書 類	**入院証明書等の入院期間が記載されている書類（写し可）**	

給付金の振込先（被共済者又は受給者の預金口座）

金 融 機 関 名												
支　　店　　名												
口 座 番 号	普　通				－							
（フリガナ） 口 座 名 義 人												

（注）　療養見舞金は２日以上の入院療養に対し支給されます。（最高 30 日、90,000 円まで）