

入院見舞金申請書

協同組合日本脚本家連盟 殿

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

申請者（連盟員）情報

| | |
|--------|---|
| 氏名（本名） | 印 |
| 筆名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |

下記のとおり申請します。

| | |
|----------|---------------|
| 疾病・事故の内容 | |
| 入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

- (注1) 金額は入院期間によります。入院期間が1週間以上でなければ見舞金申請の対象とはなりませんのでご注意ください。
- (注2) お手数ですが、病院の領収証・診断書のコピー等、入院期間が確認できますものをご同封下さい。
(ご提出された書類はご返却できませんので、お送り頂くのはコピーで結構です。
原本はお手元に保管ください。)
- (注3) 申請事由の発生から6カ月以内にご申請ください。

受取方法選択 ご希望の受取方法に✓をつけてください。

| | | |
|----------------------------------|--------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 口座振込み | 銀行名 | |
| | フリガナ 支店名 | |
| | 種別 | <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 |
| | 口座番号 | |
| | フリガナ 口座名義 | |
| <input type="checkbox"/> 2 現金 | | 現金書留にてご郵送 |

・口座振込みを選択された方は振込み先の口座情報をご記入ください。
・ご申請者様の本人名義の口座に限ります。法人口座には振込みできません。
・振込みが完了しましたら、明細をお送りします。

※以下連盟使用欄

| | | | | |
|----|----|----|-----|-------|
| 決裁 | 受付 | 調査 | 委員長 | 支払 |
| | | | | 年 月 日 |