[별표 1]

임직원 의료비 등 지원 신청서

직 원	소 속		성 명	
	생년월일		직원번호	
지 원 대상자	관계	성 명	주민번호	비 고
특기사항				

강원도 강릉의료원 「임직원 의료비 등 지원 규정」에 의하여 관계 서류를 첨부하여 임직원 의료비 등 지원을 신청합니다.

첨 부 : 주민등록등본 또는 가족관계 증명서 1부.

년 월 일

신청인 : (서명)

강원도 강릉의료원장 귀하

[별표 2]

임직원 의료비 등 지원대장

연번	일자	소속	성명	지원 대상자			진 료 비				비고
				관계	성명	진료 과목	총진료비	조합 부담금	본인 부담금	지원 금액	