

対象者 1 人につき 1 枚で証明してください。

※審査記入欄

年 月 日 決定				円		
本件、支給してよろしいか						

長野県建設国民健康保険組合 傷病手当金・配偶者入院見舞金支給申請書 (第 回目)

組合員または 配偶者記載欄	記号・番号	建 .	対象者氏名			
	種別 <input type="checkbox"/> (〇印をつける)	特1種・第1種・第2種・第3種・第4種・第5種・第6種・配偶者				
	傷病の原因 <input type="checkbox"/> (負傷の場合に記載)					
及び保険医療機関の意見	傷病名			発病又は負傷年月日	年 月 日	
	入院期間 <input type="checkbox"/> (組合員及び組合員の配偶者のみ対象)	自 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間	自宅療養の間 <input type="checkbox"/> (組合員のみ対象。骨折及び骨の切断の場合に記入)	自 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間
		自 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間		自 年 月 日 日間	至 年 月 日 日間
	傷病の経過	所 見				
保険医療機関の名称と保険医の氏名印	年 月 日		保険医療機関の所在地及び名称 保険医の氏名 <input type="checkbox"/>			

上記のとおり申請します。(〒 ー)

年 月 日 組合員住所
氏名

所属組合の確認	組合名及び組合長氏名 <input type="checkbox"/>	処理年月日
		(受付) 年 月 日 (請求) 年 月 日

1日支給金額 ※	円	確定支給日数 ※	日	支給金額 ※	円
----------	---	----------	---	--------	---

(注) 「※印のある欄」は記入しないで下さい。給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。※長建保では、今回の申請で組合員の皆さんからお預かりした個人情報、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、申請後の審査・支給に係る事項以外には使用しません。