

対象者1人につき1枚で証明してください。

※審査記入欄
／ レセプト確認済

支給			円		

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

組合員または 配偶者記載欄	記号・番号	建	・	対象者氏名						
	種別 <small>(○印をつける)</small>	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 <small>(負傷の場合に記載)</small>									
保険医療機関 及び保険医の意見	傷病名			発病又は 負傷年月日	年 月 日					
	入院期間 <small>(組合員及び 組合員の 配偶者のみ 対象)</small>	自	年	月	日	自宅療養の間 <small>(組合員のみ対象。 骨折及び骨の切断 の場合に記入。 期間が明記されて いないものは支給 対象外。)</small>	自	年	月	日
		至	年	月	日		日間	自	年	月
		自	年	月	日		自	年	月	日
	至	年	月	日	日間	至	年	月	日	
	傷病の経過 所見									
	保険医療機関 の名称と 保険医の 氏名	年 月 日		保険医療機関の 所在地及び名称 保険医の氏名						

上記のとおり申請します。

年 月 日 組合員住所

入院

氏名

長建国保処理欄 ※以下の欄は記入しないでください。

支給日額	円	確定 支給日数	日	支給金額	円
支給日額	円	確定 支給日数	日	支給金額	円
支給日額	円	確定 支給日数	日	支給金額	円

※長建国保では、今回の申請で組合員さんからお預かりした個人情報は、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。