

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

年	月	日	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

配偶者記載欄	記号・番号	建 .	対象者氏名	
	種別 (○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 (負傷の場合に記載)			
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  [ 組合員及び組合員の配偶者のみ対象 ]	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	自宅療養の期間  [ 組合員のみ対象。骨折及び骨の切断の場合に記載。期間が明記されていないものは支給対象外。 ]	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
		自 年 月 日 至 年 月 日 日間		自 年 月 日 至 年 月 日 日間
	傷病の経過見所			
	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		

上記の通り申請します。

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

※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、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。