

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

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 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	日間
		自	年	月	日	日間
	自宅療養の 期間		自	年	月	日
		自	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	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、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。