

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)

Main application form with fields for member ID, name, injury type, dates, and medical institution details.

上記のとおり申請します。(〒 ー )

年 月 日 組合員住所 氏名 (印)

所属組合の確認欄 (組合名、組合長氏名、処理年月日)

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。
※長建国保では、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。