

# 疾病入院給付金支給申請書

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

(平成 年 月分)

受 付	支 部	国保組合

申 請 者 記 入 欄	記 号	91-	番 号		国保種類	種	
	組合員氏名	(印) 性別 男・女			生年月日	大昭 年 月 日	
	住 所	(〒 - )			電話	( )	
	入院期間	平成 年 月 日から			医療機関名		
	入院していた日のみを記入してください	平成 年 月 日からの	日までの	日間			
		平成 年 月 日からの	日までの	日間			
	入院の原因	(右のいずれかに○をつけてください)			1. 病気	2. 負傷	
	入院の原因が負傷の場合には下の欄に詳しく記入してください						
	いつ	平成 年 月 日 ( 曜日)			午前・午後	時 分頃	
	どこで						
何をしている時							
どのようにして負傷したか							

太枠の中は必ず記入してください。

上記のとおり申請します。支給される給付金は、先に届け出た郵便貯金口座届により振込みください。

平成 年 月 日

## 記入上の注意

1. 申請書の太枠の中は必ず記入してください。
2. 申請は暦月ごとに行ってください。月をまたがった申請は支給が遅くなります。
3. 必ず捺印してください。

## 支給要件

1. 組合員が入院して保険診療（療養の給付）を受けていること。ただし、入院の原因が、業務上災害（通勤途上も含む）、他人（第三者）による負傷のときは対象になりません。
  2. 入院してから継続して5日以上であること。
  3. 国保組合に本人として加入後6ヵ月を経過していること。
- \* 保険医療機関から国保組合に送付される請求明細書で確認をして支給となりますが、食事代の請求などで入院期間と日数がわかるものについては早く支給が受けられます。ただし、申請書に請求書または領収書のコピーをつけてください。

組合員本人が死亡し、法定相続人が申請する場合は下記に記入・捺印の上、組合員との関係がわかる書類を添付してください。

申請者氏名	(印)	組合員との続柄
住 所	(〒 - )	電話 ( )
口座名義		
郵便局	-	
銀行等	銀行・信用金庫・信用組合・農協・漁協	
	支店	
	普通・当座・貯蓄	

\* 申請書に記入した内容を訂正する場合は、訂正したところに捺印してください。