

記号	番号	長期入院見舞金請求書			
-					
入院者氏名			被保険者との続柄		
傷病名	1	2	3	4	
入院期間	入院日 年 月 日から 退院日 年 月 日まで ()日間 または、 年 月 日現在入院中				
入院した医療機関名					
上記のとおり入院したので、長期入院見舞金を請求します。 IHOYA健康保険組合 殿 <div style="text-align: right;">【振込口座(被保険者名義口座)】</div> 被保険者氏名(フリガナ) _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 銀行名 銀行 () </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 支店名 支店 () </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 普通預金口座No. (7桁) </div>					

(注)この請求書は、傷病のため継続して30日以上入院したときに支給される長期入院見舞金を請求するためのものです。

支給決定書

伺年月日	年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	担当者
決定年月日	年 月 日				
被保険者資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日				
被扶養者認定日	年 月 日	主傷病名			
対象期間	年 月 日～	年 月 日	支給金額	円	