

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

|                                             |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関<br>担当者が<br>意見を記<br>入するこ<br>ろ           | 患者氏名                            |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 傷病名                             |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 初診日     | 令和      年      月      日                                                                                                     |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 発病年月日                           | 令和      年      月      日   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 発病の原因   |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 労務不能と<br>認めた期間                  | 令和      年      月      日から |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 | 令和      年      月      日まで |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             | うち、入院期間                         | 令和      年      月      日から |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(      )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 | 令和      年      月      日まで |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 転帰      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医          |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             | 診療日及び入院<br>していた日を○で<br>囲んでください。 | 令和      年      月          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15      | 診療<br>実日数                                                                                                                   | 日                       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 |                           | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30      |                                                                                                                             |                         | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 | 令和      年      月          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15      | 診療<br>実日数                                                                                                                   | 日                       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 | 16                        | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31      |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 | 令和      年      月          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15      | 診療<br>実日数                                                                                                                   | 日                       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 |                           | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30      |                                                                                                                             |                         | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         | 手術年月日                                                                                                                       | 令和      年      月      日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         | 退院年月日                                                                                                                       | 令和      年      月      日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見            |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                             |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和      年      月      日                     |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。                              |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地                                    |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の名称                                     |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師の氏名                                       |                                 |                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         | 電話番号                                                                                                                        |                         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |