

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

|                    |   |  |         |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|--------------------|---|--|---------|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|-----------|--|---|--|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ | 患者氏名  |  |         |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    | 傷病名   |  | 初診日     |  | 年 月 日                               |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    | 発病年月日                                       |  | 年 月 日   |  | 発病の原因                               |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    | 労務不能と認められた期間                                |  | 年 月 日から |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    |   |  | 年 月 日まで |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    | うち、入院期間                                     |  | 年 月 日から |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    |   |  | 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                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。                     |  | 年 月     |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |
|                    |   |  | 年 月     |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |
|                    |   |  | 年 月     |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |
|                    | 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 |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    |   |  |         |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 退院年月日 |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    | 症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見           |  |         |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|                    |   |  |         |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
| 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             |   |  |         |  |                                     |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |           |  |   |  |