

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 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |       |         |                             |                              |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | うち、入院期間                                     | 年 月 日から |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |       | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 公費（ |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |   | 年 月 日まで |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |      |       | 転帰      | <input type="checkbox"/> 自費 | <input type="checkbox"/> その他 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 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                          | 診療<br>実日数                    |   | 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |   |         | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27   | 28    | 29      | 30                          |                              |   |   | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |   | 年 月     | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12   | 13    | 14      | 15                          | 診療<br>実日数                    |   | 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 年 月   | 1       | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13   | 14    | 15      | 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 |       |         |                             |                              |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |