

# 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 |    |    |    |    |    |    |    |    |       |         | 療養費用の種別   |    |    |    |           |           |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         | 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(    )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |    |    |    |           |           |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         | 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        | 診療<br>実日数 | 日  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         |         | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24    | 25      | 26  | 27 | 28 | 29 | 30        |           | 31 | 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  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         |         | 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         |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         | 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 | 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  |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |       |         |   |    |    |    |           |           |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 上記のとおり相違ありません。<br>医療機関の所在地<br>医療機関の名称<br>医師の氏名 <span style="float: right;">電話番号</span> |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |       |         |   |    |    |    |           |           |    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |