

## 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 |  | 令和 |  | 年 |  | 月   |       | 日       |    |                             |   |                                |   |  |   |  |  |  |  |  |       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    | 発病年月日                   |   | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 日   |       | 発病の原因   |    |                             |   |                                |   |  |   |  |  |  |  |  |       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    | 労務不能と認められた期間            |   | 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( ) |   |  |   |  |  |  |  |  |       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |                         |   | 令和  |  | 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。 |   | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             |       |         |    |                             |   |                                |   |  |   |  |  |  |  |  | 診療実日数 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |                         |   | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |       |         |    |                             |   |                                |   |  |   |  |  |  |  |  | 診療実日数 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |                         |   | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             |       |         |    |                             |   |                                |   |  |   |  |  |  |  |  | 診療実日数 |  | 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 |         | 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 <span style="float: right;">(印) 電話番号</span> |     |  |    |  |   |  |   |       |         |    |                             |   |                                |   |  |   |  |  |  |  |  |       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |