

## 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"/> 治癒		<input type="checkbox"/> 中止		<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。		令和		年		月		<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																								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 実日数		日	
			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																																																	
令和		年		月		<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																								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 実日数		日				
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																																																				
令和		年		月		<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																								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 実日数		日				
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																																																				
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																																																																			