

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<br>担当者が<br>意見を記<br>入するこ<br>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<br>認めた期間                              | 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(      )<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<br>していた日を○で<br>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  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |                                             | 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 |                                             |                   |    |    |    |    |    |    |    |    |                 |                 |                                                                                                                             |    |    |    |           |           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |                                             |                   |    |    |    |    |    |    |    |    |                 |                 |                                                                                                                             |    |    |    |           |           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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      ⑩      電話番号            |                                             |                   |    |    |    |    |    |    |    |    |                 |                 |                                                                                                                             |    |    |    |           |           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |