

# 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     | 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<br>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(    )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |  |       |          |  |           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                 | 令和 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。 | 令和 年 月     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |         |   |  |       |          |  | 診療<br>実日数 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                 | 令和 年 月     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |         |   |  |       |          |  | 診療<br>実日数 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                 | 令和 年 月     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |         |   |  |       |          |  | 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 | 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="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 電話番号 |                                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |   |  |       |          |  |           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |