

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	☐ 国保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他																																																				
		令和 年 月 日まで										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 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><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><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><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 ⑩ 電話番号																																																																	