

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

患者氏名		令和 年 月 日	
傷病名		初診日	
発病年月日		令和 年 月 日	
労務不能と認められた期間		発病の原因	
		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
うち、入院期間		療養費用の種類別	
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		<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。		転帰	
		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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
		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 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	
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		退院年月日	
		令和 年 月 日	
医療機関 担当者が意見を記入するところ			
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			
令和 年 月 日		令和 年 月 日	
(印) 電話番号			