

# 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"/> 自費 |    | <input type="checkbox"/> その他   |    |    |    |    |    |    |       |    |           |  |   |  |    |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 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  |    | 1   | 2  | 3       | 4  | 5                           | 6  | 7                              | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14    | 15 | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |    |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                         |   | 令和  |   | 年  |    | 月  |    | 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<br>実日数 |  | 日 |  |    |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和  |                         | 年 |     | 月 |    | 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の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="float: right;">(印) 電話番号</span> |                         |   |     |   |    |    |    |    |     |    |         |    |                             |    |                                |    |    |    |    |    |    |       |    |           |  |   |  |    |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |