

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関担当者は、被保険者に関する以下の事項について、記入してください。

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																											
上記のうち入院期間	令和	年	月	日から	転帰																										
	令和	年	月	日まで																											
療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他										<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。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17											
	診療実日数	日	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	16	17											
	診療実日数	日	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	16	17											
	診療実日数	日	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
上記の期間における「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																															
上記のとおりで相違ありません。																															
																												令和	年	月	日
医療機関所在地																															
医療機関名称																															
医師氏名																Ⓜ	電話番号														