

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	弥 富 太 郎																																				
	傷病名	〇〇〇〇	初診日	令和	4年	5月	25日																															
	発病年月日	令和	4年	5月	25日	発病の原因	〇 〇 〇 〇																															
	労務不能と 認められた期間	令和	4年	5月	25日から		療養費用の種別																															
		令和	4年	6月	10日まで																																	
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保	<input checked="" type="checkbox"/> 公費（〇〇）																														
		令和	年	月	日まで	療養費用の種別	<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	4年	5月	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	1	日
		令和	年	月	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
		令和	年	月	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
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）																																						
〇 〇 〇 〇				手術年月日	令和	年	月	日																														
〇 〇 〇 〇				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																																						
〇〇のため労務不能と認められた。																																						
令和 4年 7月 25日																																						
上記のとおり相違ありません。																																						
医療機関の所在地 弥富市神戸三丁目25番地																																						
医療機関の名称 〇 〇 病 院																																						
医師の氏名 □ □ □ □ 電話番号 ●●●●-●●-●●●●																																						