

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 入するこ ろ	患者氏名																												
	傷病名															初診日	年 月 日												
	発病年月日	年 月 日														発病の原因													
	労務不能と 認められた期間	年 月 日から																											
		年 月 日まで																											
	うち、入院期間	年 月 日から														療養費用の種類別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他												
		年 月 日まで														転帰	<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。	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	日									
		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												
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	年 月 日														
														退院年月日	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																													
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																													
(※)作成担当部署名:									担当者名:										電話番号:										

【注】

- ・ 証明内容の確認のため、山形市から医療機関に連絡させていただく場合がありますので、(※)作成担当部署名、担当者名、電話番号は必ずご記入下さい。
- ・ 申請者が、医療機関名が記載されている証明書類(電子データ含む)を無断で作成または改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。