健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名			
傷病名	(1) (2) (3)	初診日（療養の給付開始年月日）	(1) □ 1.平成 2.令和 年 月 日 (2) □ 1.平成 2.令和 (3) □ 1.平成 2.令和
発病または負傷の年月日	□ 1.平成 2.令和 年 月 日	□ 発病 □ 負傷	発病または負傷の原因
労務不能と認めた期間	□ 1.平成 2.令和 年 月 日 から □ 1.平成 2.令和 年 月 日 まで	日間	
うち入院期間	□ 1.平成 2.令和 年 月 日 から □ 1.平成 2.令和 年 月 日 まで	日間入院	療養費用の別：□ 健保 □ 公費（ ） □ 自費 □ その他 転帰：□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医
診療実日数（入院期間を含む）	日		
診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	□□ 月 □□ 月 □□ 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	

上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

	手術年月日：□ 1.平成 2.令和 年 月 日
	退院年月日：□ 1.平成 2.令和 年 月 日

症状経過からみ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

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日：□ 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	人工臓器等の種類：□ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ その他（ ）

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

□ 1.平成 2.令和 年 月 日

電話番号 ※ハイフン除く

様式番号 6 0 1 4 6 7