国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

	患者氏名																							
医療機関記入欄	傷病名											初診日				令和 年				月	日			
	発病年月日	令和				年		月		B		発病の原因												
	労務不能と認めた期間		令和		年	月		日から				光州の原因												
			令和 年		年	月		日まで				療養費用の			□国保□公費()		
	うち、 入院期間		令和			年 月		日から				種別			□ 自費 □ その他									
			令和		年	J	月	E	∃ま	で			転	帰			台癒]中.	止		繰越	□転	远医
	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 16	2 17	3 18		5 20	6 21	7 22	8 23				12 27				31	診実			В
		令和	年	月	1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24		11 26	12 27		14 29		31	診 実E			日
		令和	年	月	1 16	2 17	3 18	4 19	5 20	6 21	7 22	8 23	9 24			12 27			15 30	31	診実			目
	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」等を詳しく記入してください。																							
												手術年月日			月日			令	和	ź	Ŧ	月	日	
												退院年月日					令和			F	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を記入してください。																							
	上記のとおり 医療機関				٠.												/-			年		月	日	
	医療機関																							
	医師の氏名											電調	舌番岩	号										