

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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 (カタカナ)	<input type="text"/>																															
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。																																
	労務不能と認められた期間 (勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	から	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	まで										
	傷病名 (労務不能と認められた傷病をご記入ください)	初診日 (療養の給付の開始年月日)										<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/>	2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	発病または負傷の原因																																
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/>	2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日											
労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/>	1. はい																									<input type="checkbox"/>	2. いいえ					
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																					令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日			
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名																																	
電話番号																																	

6 0 1 4 1 1 0 1