

※ 令和4年9月以降に申請される場合は、臨時的な取扱として医療機関記入用の申請書は必要ありません。

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																																				
	傷病名															初診日	令和	年	月	日																	
	発病年月日	令和	年	月	日	発病の原因																															
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から	左記のうち 入院期間	令和	年	月	日から																											
		令和	年	月	日まで		令和	年	月	日まで																											
	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																									療養費用 の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費（	）						
	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	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 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 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 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）																																				
															手術年月日	令和	年	月	日																		
															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																																					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日																																					
医療機関所在地																																					
医療機関名称																																					
医師氏名 ⑩ 連絡先																																					