

健康保険 傷病手当金支給申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る	記号・番号	—	事業所名			
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日

療 養 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患 者 氏 名																																	
	労務不能と認める傷病名 (関連疾病を含む)		発病又は負傷の日				療養の給付開始日 (初 診 日)				発病又は負傷の原因																							
			令和 年 月 日				令和 年 月 日																											
			令和 年 月 日				令和 年 月 日																											
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間				療養費用の 別	健保 自費 公費() その他																										
	上 記 の う ち 入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 入院				転 帰	治癒 継続 中止 転医																										
	診療実日数※ 日間	診療日に ○	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
			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
	傷病の主症状 及び経過 の概要 (労務不能と認 めた意見等を 詳細に記入願 います)																				退院年月日		令和 年 月 日											
	手術を行ったと き、又は人工透 析を実施または 人工臓器等を 装着したとき	手 術 名																	手 術 日 又 は 装 着 等 実 施 日		令和 年 月 日													
	人工臓器 等の種類	1. 人工透析				2. 人工関節				3. 人工骨頭				4. 心臓ペースメーカー																				
		5. 人工肛門				6. その他 ()																												
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関 名 称 医師の氏名 電 話																																		