

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 年 月 日	平成	

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 繼続 中止 転医		
	診療実日数※	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	退院年月日	令和 年 月 日
	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)								
	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 人工臓器等の種類	1. 人工透析 5. 人工肛門			2. 人工関節 6. その他()	3. 人工骨頭	4. 心臓ペースメーカー	令和 年 月 日
	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								