

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

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				
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日	(1) 令和 年 月 日	
		(2)	(初診日)	(2) 令和 年 月 日	
		(3)		(3) 令和 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
	うち入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
	診療実日数	診療日を	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		
		○で囲んで	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		
		ください。	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		
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	
症状経過からみ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					
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき					
人工透析の実施または人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()	
令和 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名					
電話 ()					

記入例

1	患者氏名	協会 太郎		
2	傷病名	(1) 鎖骨骨折		
3	療養の給付開始年月日(初診日)	(1) 平成 26 年 4 月 22 日		
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日		
4	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで 21 日間		
4	うち入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 入院		
5	診療実日数	診療日を 4 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 ○で囲んで 5 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 ください。		
5	上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			
鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。				
症状経過からみ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				
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後リハビリが必要であったため、労務不能と判断した。				
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき				
人工透析の実施または人工臓器を装着した日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()
平成 26 年 5 月 22 日				
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在地 東京都品川区△△△ 1-1				
医療機関の名称 ○○総合病院				
医師の氏名 保険 五郎				
電話 03 (△△△△)△△△△				

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。
- 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。