

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

療養担当者が意見を記入するところ	患者氏名 (カタカナ)	<div></div>																											
	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	<div></div>	<div></div>	年	<div></div>	<div></div>	月	<div></div>	<div></div>	日	から																	
		令和	<div></div>	<div></div>	年	<div></div>	<div></div>	月	<div></div>	<div></div>	日	まで																	
	傷病名 (労務不能と認め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)	<div></div>	1. 平成	<div></div>	<div></div>	年	<div></div>	<div></div>	月	<div></div>	<div></div>	日	2. 令和					
	発病または負傷の原因																												
発病または負傷の年月日	<div></div>	1. 平成	<div></div>	<div></div>	年	<div></div>	<div></div>	月	<div></div>	<div></div>	日	2. 令和	<div></div>	<div></div>	年	<div></div>	<div></div>	月	<div></div>	<div></div>	日								
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。	<div></div>	1. はい																											
	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。	<div></div>																												
医療機関の所在地	令和 <div></div> <div></div> 年 <div></div> <div></div> 月 <div></div> <div></div> 日																												
医療機関の名称																													
医師の氏名																													
電話番号																													

6 0 1 4 1 1 0 3

