

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。

患者氏名 (カタカナ)														
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)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	<input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	から						
	令和	<input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	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)	<input type="text"/>	1. 平成	<input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日
発病または負傷の原因														
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/>	1. 平成	<input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日						
労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/>	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。														
医療機関の所在地	令和	<input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	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

(e)