

健康保険傷病手当金請求書（療養担当者記入用）

患者氏名					
ア. 傷病名	1)	2)	3)		
イ. 療養の給付を開始した年月日	1) 平成 令和 年 月 日	2) 平成 令和 年 月 日	3) 平成 令和 年 月 日		
ウ. 発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	発病または負傷の原因			
エ. 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		手術年月日 令和 年 月 日		
オ. 上記期間の内入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		術施行		
療養を担当した医師が意見を書くところ	カ. 診療実日数	日	診療日及び入院をしていた日を ○で囲んで下さい	①令和 年 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
				②令和 年 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
キ. 転帰	治癒 ・ 継続 ・ 中止 ・ 転医				
ク. 労務不能と認められた期間中について、下記の項目をできるだけ詳しくご記入ください。					
①傷病の主たる症状及び経過					
②治療内容 検査結果					
③療養指導等					
ケ. 症状の経過から見て、従来職種について労務不能と認められた医学的な所見					
医師の証明欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			令和 年 月 日	
	医療機関の名称	※所在地・名称はゴム印を使用してください。			
	医療機関所在地				
	医師の氏名				
	TEL	()			