

# 東員町国保 傷病手当金支給申請関係様式 (医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名																初診日	令和	年	月	日											
	発病年月日	令和	年	月	日																発病の原因											
	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																							
	うち、入院期間	令和	年	月	日から																療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費(感染症)									
		令和	年	月	日まで																転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他									
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日											
		令和	年	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数	日										
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日											
	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																																
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(署名又は押印)															☎ 電話番号																	

※ 症状や所見など、欄内に記載できない場合は、別途任意様式に記載いただければ結構です。

【医療機関を受診した場合は、申請書(世帯主記入用)に添付してください。】

【医師の証明に要する費用は、自己負担となります。】