

健康保険 傷病手当金 支給申請書

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 (カタカナ)	<input type="text"/>											
	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。												
	労務不能と認められた期間 (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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	から	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	まで								
	傷病名 (労務不能と認められ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="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日											
労務不能と認められた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日												
医療機関の所在地													
医療機関の名称													
医師の氏名													
電話番号													

6 0 1 4 1 1 0 1