

健康保険 傷病手当金 支給申請書

③療養担当者記入用

| | | | | | |
|----------------------|--|----|------------------|----|-------|
| 療養を担当した医師が意見を記入するところ | 患者氏名 | | | | |
| | 傷病名 | | 左記傷病名に対する 初診日 | 令和 | 年 月 日 |
| | 発病・負傷の原因 | | 発病・負傷の年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 | 年 月 日 から | 日間 | 診療実日数 |
| | | 令和 | 年 月 日 まで | | 日 |
| | 労務不能と認められた期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 | | | | |
| | 症状経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 | | | | |
| | 診療実日数が0日の場合のみ、診療せずに労務不能と認められた理由 | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | |
| 医療機関名 | | | | | |
| 医師氏名 電話 () | | | | | |