

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(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( )																								
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																				
	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の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															電話番号																	

※「申請書(医療機関記入用)」が必要になるのは、以下の場合です。(以下に該当しない場合は、「申請書(被保険者記入用)」に事業主の証明をもらってください。  
 ○ PCR検査を受けた場合⇒検査を受けた医療機関で記入してもらってください。  
 ○ PCR検査後、検査を受けた医療機関とは別の医療機関で新型コロナウイルス感染症による入院等の治療を受けた場合⇒治療を受けた医療機関で記入してもらってください。