

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

患者氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日																									
傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)			(1)平成・令和	年	月	日																									
	(2)				(2)平成・令和	年	月	日																									
	(3)				(3)平成・令和	年	月	日																									
発病または負傷の年月日	平成・令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																											
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	日間																								
うち入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間入院	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																						
診療実日数	診療日を○で囲んでください。	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
		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
		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
上記診療実日数が0日のときは、前後直近の診療日をご記載ください。				月	日	手術年月日	令和	年	月	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)						退院年月日	令和	年	月	日																							
症状経過からみ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																																	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 人工臓器 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()																							
上記のとおり相違ありません。				令和	年	月	日																										
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名				電話	()																												

【被保険者の方へ】

① 療養担当者（医師等）の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

② 傷病名は労務不能と認められた傷病名を記載してください。

③ 複数の傷病名がある場合、(1) から主たる病名を順次ご記入ください。

④ 療養の給付開始年月日（初診日）は左の傷病の初診日をご記入ください。

⑤ 労務不能と認められた期間は、治療期間ではなく療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

⑥ 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

⑦ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

出版健康保険組合

4/4

R6.12

この申請は4枚1組となります。4枚ともご提出ください。