傷病手当金申請 療養担当医 意見書

療養を担当した医師が意見をかくところ	患者名											傷病名																					
	発病または負傷年月日	年	月	日						療養給付開始日 (初診日)	年	月	日																				
	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																					
	診療実日数	日																															
	診療日及び入院していた日を○で囲ってください。	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
	労務不能と認められた期間中における「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	年	月	日																		
医療機関 住所																																	
名称											TEL																						
医師 氏名																																	

【療養担当医の方へ】

- ・「労務不能と認められた期間」について、初診日から最終診療日までの期間のうち、今回の傷病手当金申請に対する労務不能と認められた期間をご記入ください。
- ・記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。