

健康保険 傷病手当金支給申請書（医師の証明）

※この証明欄と同じ内容であれば、証明書の「別紙」添付可能です。

※該当する事柄 にチェック を付けてください。

患者氏名			発病または 負傷年月日	令和 年 月 日 <input type="radio"/> 発病 <input type="radio"/> 負傷
傷病名	(1)	療養の給付 開始年月日 (初診日)		令和 年 月 日
	(2)			令和 年 月 日
	(3)			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	発病または 負傷の原因	
うち 入院期間	令和 年 月 日 から	() 日間 入院		
療養費用の別	<input type="radio"/> 健保 <input type="radio"/> 公費 ()	転帰	<input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 中止	手術年月日 年 月 日
	<input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他		<input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 転院	退院年月日 年 月 日
療養担当者が 意見記入するところ	上記期間中 の 診療実日数	診療日を○で囲んでください。		
		日	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
		日	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
		日	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
<1>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）				
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>				
<2>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				
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>				
障害年金診断書 について	診断書の 記載	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	受診状況等 説明書の記載	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	令和 年 月 日	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日	人工臓器等 の種類	<input type="radio"/> 人工透析 <input type="radio"/> 人工関節 <input type="radio"/> 人工骨頭 <input type="radio"/> 人工肛門 <input type="radio"/> 心臓ペースメーカー <input type="radio"/> 人工膀胱 <input type="radio"/> その他 ()
上記の通り相違ありません。				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 医療機関の電話 ()				<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>

○記入箇所を訂正した場合は、訂正した箇所に訂正印を押してください。