

【添付書類】 傷病手当金

被保険者 (申請者) 記入欄	被保険者証の (右づめ)	記号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
氏名	(フリガナ)					※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。													

医師・療養担当者証明欄 (医師の意見書)	患者氏名																																	
	傷病名	(1)					療養の給付開始年月日(初診日)	(1)令和	年	月	日																							
		(2)					(2)令和	年	月	日																								
		(3)					(3)令和	年	月	日																								
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発症 <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	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費()	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止																						
		令和	年	月	日まで	入院		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他		<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																																		
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				人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節																										
		年	月	日	<input type="checkbox"/> 人工骨頭	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー																												
							<input type="checkbox"/> 人工透析	<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											印																							
医療機関の名称																																		
医師の氏名												電話	()	()																				

【医療機関様へお願い】

- ・意見書は必ず全項目の証明をお願いいたします。
- ・意見書記入年月日の翌日以降に関する労務不能の証明は認められません。