

# 川口市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(    )<br><input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 |    |          |          |          |           |           |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |   | 令和 年 月 日まで |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 転帰      | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止<br><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<br>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<br>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<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |