様式第10号(第5条の2関係)

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	年　月　日	
発病年月日	年　月　日	発病の原因		
労務不能と認めた期間	年　月　日から			
	年　月　日まで			
うち、入院期間	年　月　日から	療養費用の種別	□国保　□公費(　　) □自費　□その他	
	年　月　日まで	転帰	□治癒　□中止 □繰越　□転医	
診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年　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	診療実日数　日	
	年　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	診療実日数　日	
	年　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	診療実日数　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	年　月　日	
		退院年月日	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				

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