

傷病手当金請求書 (第 回)

医師意見欄

患者氏名																		
傷病名	(1)	初診日 (療養の給付開始年月日)	平成	年	月	日												
	(2)		平成	年	月	日												
	(3)		平成	年	月	日												
発病または負傷の年月日	平成	年	月	日														
労務不能と認められた期間	平成	年	月	日	から	発病または負傷の原因												
	平成	年	月	日	まで													
うち入院期間	平成	年	月	日	から	療養費の別	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費 ()										
	平成	年	月	日	まで		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他										
診療実日数 (入院期間を含む)	日	診療日および入院していた日を○で囲んでください。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
上記期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
			手術年月日	平成	年	月	日											
			退院年月日	平成	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		平成	年	月	日	人工臓器等の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工関節									
						<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。			証明日			年	月	日										
			※「労務不能と認められた期間」以降に証明をしてください。															
医療機関の所在地																		
医療機関の名称																		
医師の氏名			TEL ()															