

茨城町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（ <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 <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 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31												
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
上記傷病等にかかる「症状及び経過」、「治療内容」、「療養指導又は助言」等（詳細に）																																
																					手術年月日	令和 年 月 日										
																					退院年月日	令和 年 月 日										
労務不能、自宅待機が必要と認めた医学的な所見																																
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																																
_____																																
医療機関の電話番号																																
_____																																
医師の氏名																																
_____ (印)																																