

後期高齢者医療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 意見を入 入するこ 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	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費（ ） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																																																			
		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。	年	月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: right;">診療 実日数</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: right;">日</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>																												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
		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																																													
年	月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: right;">診療 実日数</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: right;">日</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>																												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		
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																																															
年	月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: right;">診療 実日数</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: right;">日</td> </tr> <tr> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>																												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		
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																																																																
印 電話番号																																																																