

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

年 月 日

下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

医療機関担当者が意見を記入する欄																		
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 認められた期間	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"/> 後期 <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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
上記期間中における「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																		