様式第33号の４(第46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） |
| 傷病手当支給に係る被保険者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |

当該被保険者に係る医療機関の受診状況等をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 傷病名 |  | 初診日 | 年　　月　　日 |
| 発症年月日 | 年　　月　　日 | 発症の原因 |  |
| 労務不能と認めた期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 療養費用の種別 | 1国保　　1公費（　　　　　）1自費　　1その他 |
| 上記のうち，入院期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 転帰 | 1治癒　　1中止1繰越　　1転医 |
| 診療日及び入院した日を1で囲んでください。 |
| 年　　月 | 1　2　 3　 4　 5 　 6 　7 8 9 　10 11　12　13　14　1516　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　1516　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　1516　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 |
| （記入欄） |
| 症状の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 |
| （記入欄） |
| 上記のとおり相違ありません。　年　　月　　日（医療機関の所在地）（医療機関の名称）（医師の氏名等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号） |