

# 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( ) |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         |  | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 日まで   |  | 転帰      |  | <input type="checkbox"/> 自費 |  | <input type="checkbox"/> その他   |  | <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  |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         |  | 令和  |  | 年  |  | 月 |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             | 診療実日数 |  | 日  |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         |  | 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  |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                         |  |     |  |    |  |   |  |   |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             | 退院年月日 |  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見   |                         |  |     |  |    |  |   |  |   |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩ 電話番号</p> |                         |  |     |  |    |  |   |  |   |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |