





健康保険 傷病手当金（付加金）  
延長傷病手当金付加金

## 支給申請書

医師記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者名をご記入ください  
また、記入漏れがある場合は返戻をいたしますので、記入漏れのないようご注意ください。

医師（療養担当者）が意見を記入するところ	患者氏名																																		
	① 傷病名	(1)	② 当院での療養の給付開始年月日（初診日）		(1) 昭和・平成・令和	年	月	日																											
		(2)			(2) 昭和・平成・令和	年	月	日																											
		(3)			(3) 昭和・平成・令和	年	月	日																											
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																												
	③ 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保	<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																								
	上記期間中	入院期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間																						
	診療実日数	日	診察日を	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
			○で囲んで	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
ください			月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															
④ 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																				
症状経過からみ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および就労の見込みについて																																			
(1) 年 月 日頃から就労可能の見込み															(2) 現時点では不明																				
人工透析を実施 又は人工臓器を装着したとき															⑤ 記載内容について相違ありません。 令和 年 月 日																				
●人工透析を実施 または 人工臓器を装着した日 昭和・平成・令和 年 月 日															所在地																				
●人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他（															医療機関名																				
															医師氏名																				
															電話番号 ( )																				

## 【療養担当者（主治医）の方へ】

- 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
- 左の傷病名について、その傷病名の初診日をご記入ください。
- 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。
- 症状 および 経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
- ③の労務不能と認められた期間以降にご記入ください。

