

後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書

|                                                |                                 |                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |    |    |    |           |           |                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-----------|-----------|-----------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関<br>担当<br>者が<br>意見<br>を<br>記入<br>する<br>ところ | 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<br>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（      ）<br><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<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医          |    |    |    |           |           |                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                | 診療日及び入院<br>していた日を○で<br>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<br>実日数 | 日               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                |                                 |                   | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25      | 26                                                                                                                          | 27 | 28 | 29 | 30        |           |                 | 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                |                                 | 年      月          | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10      | 11                                                                                                                          | 12 | 13 | 14 | 15        | 診療<br>実日数 | 日               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                |                                 | 16                | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26      | 27                                                                                                                          | 28 | 29 | 30 | 31        |           |                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                | 年      月                        | 1                 | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11      | 12                                                                                                                          | 13 | 14 | 15 | 診療<br>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      電話番号                                |                                 |                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |                                                                                                                             |    |    |    |           |           |                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |