

大阪市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

※公的機関からの「My HER-SYS(マイハーシス)による療養証明書」、「療養期間証明書」又は「SMS(ショートメッセージサービス)による通知」を印刷出力したもの、その他、新型コロナウイルス感染症に感染したことに起因して、他の機関が発行した証明書類などが代用可能。なお、療養期間の終期の記載がない場合は、10日間以内の療養証明となります。

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																				
	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)																											
	※「新型コロナウイルス感染症(疑い含む)」に限る。											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																												
											令和	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																	