

様式第6号（第14条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

所在地

名称

医師の氏名

㊞

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

国民健康保険傷病手当金の支給に係る申請に当たって、次の内容について相違ないことを証明します。

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 認められた期間	年	月	日から		療養費用の 種別											
	年	月	日まで													
入院期間	年	月	日から	転帰	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費（ ） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他											
	年	月	日まで		<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。											診療実日数					
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
上記の期間中における主な症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導等																
症状及び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																