

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療 受 け た 療 養 を	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
公費受給者番号			年 月 日

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

差 額 支 給	イ (-) 円 × () 回 = () 円	合 計
	ロ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ハ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ニ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ホ 却下（理由： ）	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左部記載して下さい									
口座名義人 (カタカナ)									

公金受取口座を利用します。
 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、
 「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付は不要です。
 口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

様式第22号(第14条、第15条、第17条、第18条、第19条、第23条、第23条の2、第23条の4、第24条及び第24条の2関係)

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療給付支給決定通知書

の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支給期日 年 月 日
6. 支払方法

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に、山形県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3ヶ月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、山形県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、山形県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第23号(第14条、第15条、第17条、第18条、第19条、第23条、第23条の2、第23条の4、第24条及び第24条の2関係)

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療給付支給申請却下通知書

の支給については、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 支給却下理由

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に、山形県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3ヶ月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、山形県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、山形県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号		
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()	
	住所 / 電話			
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()	
	住所 / 電話			
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな 氏名 〒	TEL ()	
	住所 / 電話			
事故発生状況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	車台番号	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社の関与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署	
		担当者氏名	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒		TEL ()
	② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
	〒		TEL ()	
	③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
	〒		TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>		

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年 月 日
公費受給者番号			入外	割合 割
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から	
診療日数	日		年 月 日 まで	

種 類	
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額 ※ 1		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普通 当座 ()
口座番号等 左記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

公金受取口座を利用します。

※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。

※公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長
(公印省略)

後期高齢者医療給付特別療養費支給額通知書

あなたが 年 月に受けた診療は特別療養費の支給対象となっておりますので、下記により口座振込の手続きをされるようお知らせします。

記

- 1. 被保険者番号
- 2. 被保険者氏名
- 3. 申請日時 年 月 日 ～ 年 月 日
- 4. 申請場所
- 5. 持参するもの
- 6. 支給予定額

申請日付	年	月	日	住所
氏名				連絡先

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	年 月 日	電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か	
受けられる	(制度名一) (費用徴収の有・無)
受けられない	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
	口座番号等 左記記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)				

公金受取口座を利用します。
 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)			2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)	
	3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)			4. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ		生年月日	年	月	日生	個人番号	
氏名						計算期間の 始期及び終期	

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		

後期高齢者医療資格情報					
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間		
3906		山形県後期高齢者医療広域連合			

介護保険資格情報					
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間		

振込口座	金融機関名	店舗名	種目	普通・当座	口座番号
	口座名義 カタカナ				

公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
1				
2				
3				
4				
5				

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

① 上記対象者について、高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給を申請します。 (円 -)

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 住 所 _____

※ 高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合、申請者 _____
①のみを丸で囲んでください。 電話番号 _____
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 氏 名 _____

申請日 年 月 日

※ で囲まれた部分をご記入ください

後 期 高 齢 者 医 療

療養費支給申請書 (特定疾病) 兼高額療養費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年 月 日
公費受給者番号			外来	割合 割
診療年月	年 月	療 養 期 間	年 月 日 から	
診療日数	日		年 月 日 まで	

種 類	長期特定疾病に係る調剤一部負担金差額
傷 病 名	腎不全 (特定疾病療養受療証発効年月日: 年 月 日)
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	透析を行った医療機関及び調剤薬局
支給申請をした理由	透析を行った医療機関からの処方せんにより、調剤薬局において一部負担金があったため
発病又は負傷の理由	

- 通常の高額療養費に係る登録済口座がある場合、同一口座を記入してください (登録済口座については市町村窓口でご確認いただけます)。
- 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 <small>右記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）			2. 計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）	
	3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）			4. 死亡・海外移住等計算期間中申請	

フリガナ		生年月日			個人番号	
氏名		年	月	日生	計算期間の始期及び終期	

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		

後期高齢者医療資格情報					
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間		
3906		山形県後期高齢者医療広域連合			

振込口座	金融機関名	店舗名	種目	普通・当座	口座番号
	口座名義 カタカナ				

公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。
※公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
保険者加入歴	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

① 上記対象者について、高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。 (〒 -)

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 住 所 _____

※ 高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 申請者 _____
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 電話番号 _____

申請日 年 月 日 氏 名 _____

※ で囲まれた部分をご記入ください

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	年度
被保険者番号			
対象となる計算期間	年 月 日 ~		年 月 日
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日 ~		年 月 日
診療年月	自己負担額		
月分			
計			

※自己負担額については、負担割合が1割である外来の自己負担額を月ごとに合算し、高額療養費を差し引いて計算しています。

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
葬祭執行者	葬 祭 日	年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預 金 種 別	普 通 当 座 其 他
口座番号等 <small>左記記載して下さい</small>									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
上記のとおり、申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号														
	(フリガナ)								生年月日	大正	昭和	年	月	日	
	氏名														
	住所														
振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫 信組・農協 その他()						本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>							
	預金別	普通・当座 その他()				口座番号									
	口座名義(カタカナ)														
	<small>※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。</small>														
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 <small>※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「<input type="checkbox"/>公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。</small>															
上記のとおり申請します。 年 月 日 山形県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住所 氏名 連絡先															

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被 保 険 者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日													
	住所													
	氏名													
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	被保険者との関係													
	(フリガナ)													
	氏名													

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時頃)							
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない								
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)										
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。)	日							
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ									
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"><tr><td style="width: 25px; height: 20px;"></td><td style="width: 25px; height: 20px;"></td></tr></table>								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名						
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。			左記の事由による 無給休暇の日数			
年 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	日				
年 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					
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、 【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。			賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)			
年 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	日				
年 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	日				
年 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	日				
年 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	日				
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	日
	2. いいえ		支払日	1. 当月 2. 翌月	日	
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。						
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	(A)支給額(円) (B)支給額(円) (C)支給額(円)
	基本給					
	時給					
	手当					
	手当					
	手当					
	手当					
	現物給与					
	計					
	賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)					
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。						
年 月 日						
上記のとおり相違ないことを証明します。						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
担当者氏名			電話番号			

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 認められた期間		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()																											
			<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																											
			<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。		年		月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数		日																
年			月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数		日																	
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		年		月		日																												
						退院年月日		年		月		日																												
		症状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																																						
		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																																						