テルモ健康保険組合

健康保険　傷病手当金支給申請(電子申請用)
療養担当医師による意見書

療養を担当した医師が意見をかくところ

患者氏名			
傷病名	1）	2）	3）
療養の給付開始年月日（初診日）	1） 令和　年　月　日	2） 令和　年　月　日	3） 令和　年　月　日
発病または負傷年月日	令和　年　月　日	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間		
上記の内入院期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間入院		
転帰	治癒　・　継続　・　中止　・　転医	実診療日数	日

診療日を〇で囲んでください	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
	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
	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

手術年月日	令和　年　月　日	退院年月日	令和　年　月　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）」

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

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	装着した日 昭和／平成／令和 年　月　日	人工臓器等の種類	□ 人工肛門　□心臓ペースメーカー □ 人口骨頭　□その他 □ 人工透析 □ 人工関節

上記の通り相違ありません。　令和　年　月　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名