

記入例

傷病手当金 3/3 <療養担当医記入用>
※被保険者が記入の場合、無効

記入日 令和 6年 10月 1日

傷病手当金請求書に対する療養担当医の意見 (6年 10月分)

記号 - 番号	患者氏名	生年月日
1 - 12345	大王太郎	昭 平・令 3年 12月 1日
労務不能と認めた傷病名	初診日	
(1) 第4腰椎圧迫骨折	平・令	6年 10月 1日
(2) 骨粗鬆症	平・令	6年 10月 1日
(3)	平・令	年 月 日
発病又は負傷の原因		
自宅で掃除をしていた際、脚立から落ちたことが腰椎圧迫骨折の原因となっている。 骨粗鬆症もあり、骨折につながったと考えられる。		
令和 6年 10月中で労務不能と認めた期間	左記年月日で入院した期間	
(自) 令和 6年 10月 1日	(自) 令和 6年 10月 1日	
(至) 令和 6年 10月 25日	(自) 令和 6年 10月 10日	
診察日 (○で囲んでください)		
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		
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等		
経過順調であり、検査結果も良好。自宅安静を指示する。		
症状経過からみて、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		
経過順調であるが骨粗鬆症の症状もあり、しばらくは自宅安静が必要である為、 労務不能と判断した。		
医師の証明欄		
上記の通り相違ないことを証明する。		
所在地	〒799-0403 愛媛県四国中央市健保朝日2-12-45	
医療施設の名称	〇〇病院	
医師の氏名	〇〇 〇〇〇	

(療養担当医にお願い)

この意見書は月毎に記入をお願いします。傷病手当金の支給決定上、重要な書類ですのでできるだけ詳しく書いてください。