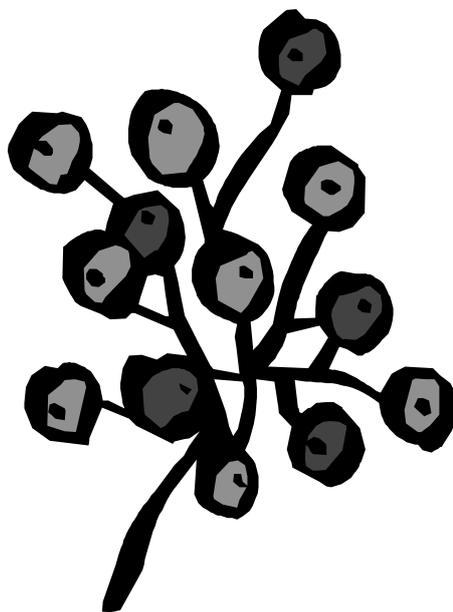


平成 25 年度文部科学省

東日本大震災からの復興を担う専門人材育成支援事業

# 医師事務作業補助者問題集

## 【中 級 編】



福島県における医師事務作業補助者育成プログラムの開発と実行



平成 25 年度文部科学省

東日本大震災からの復興を担う専門人材育成支援事業

医師事務作業補助者問題集〈中級編〉

福島県における医師事務作業補助者育成プログラムの開発と実行



醫師事務作業補助者  
育成教材問題集  
〈中級編〉

## < 目 次 >

### 問 題

文書作成にあたって	5
診断書・証明書	9
健康保険傷病手当金	16
処方せん	21
診療情報提供書・紹介状	25
出産育児一時金	31
出生証明書	33

### 解 答・解 説

診断書・証明書	37
健康保険傷病手当金	42
処方せん	46
診療情報提供書・紹介状	48
出産育児一時金	52
出生証明書	54

## 文書作成にあたって

### (1) 文書作成にあたっての注意事項

#### 1、要約、語彙

； 要約とは、カルテの要点をまとめ短い文書を作成すること。

#### 2、語彙とは、ある範囲（患者の病状詳記）などにおいて使われる単語の総体。

#### 3、語彙の彙は、集めるという意味。

（微妙なニュアンスを大事にして言葉を使いわける。）

#### 4、優しい文書を読めば優しい気持ちになり、殺伐とした悲壮感の漂う文を読めばそんな気持ちになる。

#### 5、文章は人を傷つけることもあれば、生きる力を失わせることさえある。

6、正しい文章を作成することは患者のカルテの内容を読解し、理解することである。

#### 7、表現力は経験、年齢とともに成長する。

#### 8、医療用語の理解は（漢字、言葉）正しい文章につながる。

### (2) 作成された文書がどこから → どこへ提出されるか認識する。

## 文書の提出先

文書名	請求者	各種書類の交付	提出先
診断書・証明書	患者	医療機関	職場・学校等へ提出 交通事故の診断書は警察へ、人身事故の証明書として提出
健康診断書	患者	医療機関	入学願書に添付 就職時に提出
出席停止証明書	患者	医療機関	学校へ提出
入院・手術証明書	患者	医療機関	生命保険給付金の査定のため各保険会社へ提出
出生証明書	患者	医療機関	出生届とともに役所に提出
出産証明書	患者	医療機関	育児時間・育児休暇申請のために職場に提出
傷害保険診断書	患者	医療機関	保険会社
死亡診断書	親族等	医療機関	市区町村窓口
健康保険傷病手当金	患者 (被保険者)	医療機関	事業主 → 保険者
出産一時金		医療機関	事業主 → 保険者
診療情報提供書	患者	医療機関	他の医療機関等
医療要否意見書	患者	医療機関	福祉事務所
自動車損害賠償責任 保険診断書	被害者(患者)	医療機関	損害保険会社
休業補償給付金請求書	患者	医療機関	事業主 → 労働基準監督署
主治医意見書	介護被保険者 主治医	市区町村	介護認定審査会
おむつ使用証明書	患者(家族)	医療機関	税務署

診療録No1

過 有  
敏 症 無

診 療 録

公費負担者番号				0 6 1 3 9 8 7 6			
公費負担医療の受給者番号				記号・番号			
				有効期限 平成 年 月 日			
受 診 者	氏 名 新井 光彦			被 保 険 者 氏 名			
	生年月日 明大(昭)平30年 4月 12日 (男)・女			資 格 取 得 昭・平 年 月 日			
	住 所 東京都中央区日本橋3-3-3 電話 03-2947-5880			事 業 所 所在地 所 在 地 名 称			
	職 業 本人			保 險 者 所在地 所 在 地 名 称			
傷 病 名		職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日	
高血圧症(主)		上・外	23年 12月 21日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
外踝骨折(左)		上・外	24年 12月 7日	24年 12月 31日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日	
既往症・原因・主要症状・経過等				処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等			
24.12.3 (内科受診) BP:145/97mmHg P:65/分 運動・食事について、指導(アルコール・塩分の制限) 降圧剤を併せて経過をみる。 処方せん発行 アムロジピン錠5mg 1T 28日				24.12.3 Rp①アムロジピン錠5mg 1T 分1×28日分			
24.12.7 (整形外科受診) 仕事で外出中、飛び出してきた自転車を避けた際、 足首を捻った。痛みが強く、腫れがひどいので受診。 KT:37.2 BP150/103mmHg P:75/分 画像診断の結果、左外踝に骨折を認める。 ギプス包帯の処置をし、松葉杖を貸与。 鎮痛剤を処方し、1週間程自宅で安静にとの指示。 診断書発行。 処方せん発行 ロキソニン錠60mg 3T 7日分				24.12.7 左足首デジタルX-P(画像記録用 四ツ切2枚) 消炎鎮痛等処置(150cm <sup>3</sup> ) パステルハップ 3.0 四肢ギプス包帯(下腿～足) Rp②ロキソニン錠60mg 3T 分3×7日分			
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 す る 意 見			入 院 期 間		
		意見書に記入した労務不能期間			意見書交付		
		自 至	月 月	日 間	年 月 日	自 至	月 月 日 間
		自 至	月 月	日 間	年 月 日	自 至	月 月 日 間
		自 至	月 月	日 間	年 月 日	自 至	月 月 日 間
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考	公費負担者番号						
	公費負担医療の受給者番号						

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>24.12.11 (整形外科受診) 痛みは多少は治まってきているが、まだ痛む。</p> <div data-bbox="304 472 636 539" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>処方せん発行 ロキソニン錠60mg 1T1P</p> </div> <p>24.12.18 (内科・整形外科受診) 大分痛みが治まってきた。 ギプスを切割してギプスシャーレとして使用。 少しずつ体重をかけるように指導。</p> <p>24.12.25 (整形外科受診) 腫れ、痛み共にほとんどひいてきた。 画像診断から、骨が修復されている様子を確認。 様子を見ながら少しずつ歩くように指導。</p> <p>24.12.31 画像診断から、骨が順調に修復されている様子を確認。 しばらく運動は控えるよう指導し、骨折は治癒とする。</p> <p>BP:140/80mmHg P:65/分 高血圧については、日常生活の指導を行い、引き続き 降圧剤を併せて経過を見る。</p> <div data-bbox="323 1167 694 1234" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>処方せん発行 アムロジピン錠5mg 1T 28日分</p> </div>	<p>24.12.11 Rp③ロキソニン錠60mg 1T1P 5P</p> <p>24.12.18 左足首デジタルX-P (画像記録用 四ツ切2枚) ギプスシャーレ</p> <p>24.12.25 左足首デジタルX-P (画像記録用 四ツ切2枚)</p> <p>24.12.31 左足首デジタルX-P (画像記録用 四ツ切2枚) Rp①アムロジピン錠5mg 1T 分1×28日分</p> <div data-bbox="853 1328 1294 1512" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>医療機関名：人形町総合病院 住所：東京都中央区日本橋人形町9-9-9 電話番号：03-0000-0000 医師：日高 智 (内科) 川村 康弘 (整形外科)</p> </div>

## 診断書・証明書

### 【病院が交付する診断書、証明書】

#### 診断書と証明書の違い

- ・ 診断書→医師が患者の疾病が如何なるものか予見、見込み所見
- ・ 証明書→通院証明書等、事実があった事を証明するもの、資格がなくても書ける医学的な情報は含まないもの

1. 一般診断書→カルテの疾病を下に診断書作成。治療経過、現病歴、結果等。
2. 健康診断書→提出先による（就職、入学等）。
3. 診断書の印は病院の印ではなく医師本人の印、診断は病院という組織がするのではなく医師が診断するもの。
4. 診断書の内容はなるべく簡単、明瞭に記載する。

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
診断書 証明書	患者	医療機関	職場・学校等へ提出 交通事故での診断書は警察へ人身 事故の証明書として提出。

### 【記載事項】

- ① 氏名、生年月日を診療録等の記載をもとに記入します。
  - ・ 氏名、生年月日を診療記録等の記載をもとに記入します。
- ② 病名欄
  - ・ 治療を行った(行っている)傷病名を、診療録等も記載をもとに記入します。
- ③ 備考欄
  - ・ ②の傷病名に対する初めての診療日、疾病等の状況、療養の期間、今後の治療などを診療記録等の記載をもとに記入します。
- ④ 日付欄
  - ・ 診断書の作成年月日を記入します。
- ⑤ 所在地、医療機関、医師名
  - ・ 医療機関の住所、名称を記入します。氏名欄は医師に診断書の内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名又は押印してもらいます。複写式の場合は、患者へ渡すように押印してもらいます。

診断書（様式）

<h2>診 断 書</h2> <p>※診断した患者の現状を示したものです。病気の診断の証明の場合や健康で</p>	
(住所)	
(氏名)	殿
明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 才)	
<h3>病 名</h3> <p>(備考) .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>上記のとおり診断いたします</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〒 (住所)</p> <p>(医療機関名)</p> <p style="text-align: right;">医 師</p> <p style="text-align: center;">TEL</p>	

## 傷害保険診断書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
傷害保険診断書	患者	医療機関	保険会社へ提出。

※傷害と障害の違い

- ・ 傷害→人に傷を負わせる。傷害事件、傷害保険等
- ・ 障害→妨げになるもの。身体上の故障。胃腸障害等

### 【記載事項】

- ①傷病者の住所、氏名、性別、生年月日、保険種別等
  - ・ 患者または家族が記入します。
- ②傷病名と受傷部位
  - ・ 治療の原因となった傷病名と受傷部位を診療録の記載をもとに記入します。
- ③初診日、発病または受傷日
  - ・ ②の傷病名に対する初診日、発病または受傷日を診療録の記載をもとに記入します。
- ④発病または受傷の原因
  - ・ ②の傷病名に対し発病または受傷の原因を診療録の記載をもとに記入します。
- ⑤初診から現在までの主要症状並びに治療内容
  - ・ ②の傷病名に関する症状や治療内容を診療録の記載をもとに記入します。
- ⑥実施した手術
  - ・ ②の傷病名に対して手術を実施した場合は手術の種類（開頭、開胸、開腹等）や手術名等を診療録の記載をもとに記入します。
- ⑦入院治療
  - ・ 入院した期間と日数を診療録の記載をもとに記入し、該当する日付を○で囲みます。
- ⑧入院期間中に付き添いが必要と思われる期間
  - ・ 入院中に付き添いが必要と思われる期間を主治医に確認し記入します。

⑨通院治療

- ・通院した期間と日数を診療録の記載をもとに記入し、該当する日付を○で囲みます。

⑩固定具使用の場合

- ・固定具を使用した場合は、使用期間と固定具の種類を診療録の記載をもとに記入します。

⑪就業が全く不可能な期間、業務及び日常生活に支障がある期間

- ・就業が全く不可能な期間、業務及び日常生活に支障がある期間を主治医に確認の上、記入します。

⑫後遺障害残存見込

- ・②の傷病に関して主治医に確認し後遺症の見込みの有無を○で囲みます。後遺障害ありの場合はその内容も主治医に確認し記入します。

⑬日付

- ・文書を作成した日付を記入します。

⑭証明する医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科、医師名

- ・病院の住所、名称、電話番号を記入します。担当医師（診療科名）欄は担当医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名又は押印してもらう。

(裏面)

⑮傷害の部位を示してください。

- ・②の傷害の部位を診療録等の記載をもとに人体図に図示します。

⑯摘要

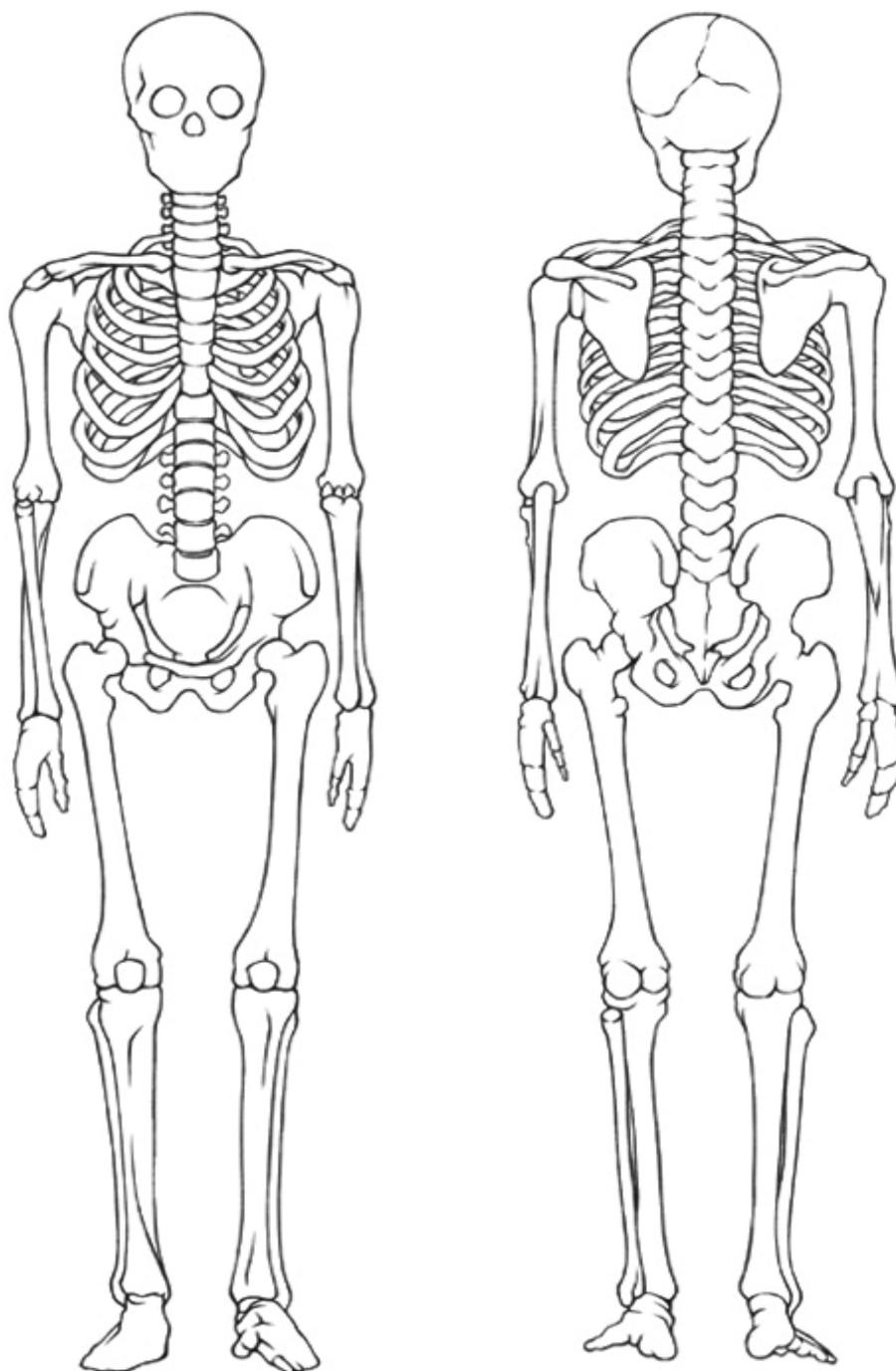
- ・人体図に図示した受傷部位について説明が必要な場合は、診療録の記載をもとに記入します。

傷害保険用診断書一表面（様式）

傷害保険用診断書（証明書）											
傷病者	住所										
		1 健保	2 国保	3 労災	4 自費	5 その他					
	氏名	男・女	職業								
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（歳）									
傷病名および受傷部位											
初診日				年 月 日		発病または受傷日				年 月 日	
発病または受傷の原因（傷病者深刻の内容を詳細に記入してください）											
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容						むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状（レントゲン・脳波など）の有無・検査結果					
-----						X線異常 有・無（ ）					
-----						その他の異常 有・無（ ）					
-----						当該傷病の治療歴：有・無（病院名： ）					
-----						（ 年 月 日～ ）					
-----						既往症の有無：有・無（病院名： ）					
今回の傷病に関して実施した手術（該当する項目に○印をつけてください）											
手術の種類： 開頭術 開胸術 開腹術						手術名					
ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 その他											
筋骨関係手術の場合（観血 非観血） 植皮術の場合（25 cm <sup>2</sup> 以上 25 cm <sup>2</sup> 未満）						手術日			年 月 日		
入院治療		日間（うち外泊日数 日）		年 月 日～ 年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
上記入院期間中に付き添いが必要と思われる期間		年 月 日～ 年 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
通院治療		日間（うち治療実日数 日）		年 月 日～ 年 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計	
固定具使用の場合		使用期間 月 日～ 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
使用固定具		ギプス シーネ ポリネック		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
		コルセット		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
		その他（ ）		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
就業がまったく不可能な期間		年 月 日～ 年 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
本人の業務及び日常生活に支障がある期間		年 月 日～ 年 月 日		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16		計		日	
年 月 日 治療 継続 中止 転院		後遺障害残存見込 無 有（内容 ）									
上記の通り診断いたします 年 月 日				所在地..... TEL.....							
				病院名.....							
				医師氏名..... ㊟							

傷害保険用診断書－裏面（様式）

人 体 図



診療録No2

過有  
敏症 無

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号		0	6	1	3	5	3	0	9
公費負担医療の 受給者番号				記号・番号		12・345							
				有効期限		平成 年 月 日							
受 診 者	氏 名	久代 健吾			被保険者氏名								
	生年月日	明大昭和52年 3月 18日		男・女	資格取得		昭・平 年 月 日						
	住 所	〒191-0011 東京都日野市日野本町7-8-9 電話 042-587-0000			事業所 所在地 名称								
	職 業	被保険者 との続柄		本人	保険者 所在地 名称								
傷 病 名				職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日					
うつ病(主)				上・外	24年 10月 7日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日					
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日					
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日					
				上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日					
既往症・原因・主要症状・経過等						処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等							
24.10.7 2ヶ月前に交通事故で両親を亡くし、49日を過ぎた頃から眠れなくなる、やる気が起きないなどの症状が出始めた。心因性のうつ病と診断、軽めの処方で見える。						24.10.7 Rp①デバス錠0.5mg 1T トフランール錠10mg 1T / 分1就寝前14日分							
24.10.21 不安感を強く感じるようになった。薬があまり効かず、不眠はほとんど改善されていない。処方内容を変えて様子を見る。						24.10.21 Rp②アモキシサンカプセル10mg 1C デバス錠0.5mg 1T / 分1就寝前7日分 ③デバス錠0.5mg 1T 10P (不眠時)							
24.10.28 体がだるく、朝なかなか起き上がれなくなる。入社するのが困難な状況と判断し、傷病手当金申請書を作成。(10.28~11.27) 処方内容を改めて様子を見る。3月の自宅療養で様子を見る。						24.10.28 Rp④アモキシサンカプセル10mg 3C デバス錠1mg 3T レキソタン錠1mg 3T / 分3毎食後14日分 ③do							
						医療機関：八王子中央病院 住所：東京都八王子市子安町9-9-9 電話番号：042-624-0000 医師：杉本 佑貴							
傷 病 名				労務不能に関する意見				入 院 期 間					
				意見書に記入した労務不能期間		意見書交付							
自 月 日				至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	E 日間				
自 月 日				至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	E 日間				
自 月 日				至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	E 日間				
自 月 日				至 月 日	日間	年 月 日	自 月 日	至 月 日	E 日間				
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨													
備 考	病院(30床) 院外処方せん			公費負担者番号									
				公費負担医療の 受給者番号									

## 健康保険傷病手当金

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
健康保険傷病手当金	患者 (被保険者)	医療機関	事業主 → 保険者

### 【記載事項】

- ①病気休業中に被保険者とその家族の生活を保障するため、一定の条件を満たせば退職後も継続します。
- ②被保険者が記入するところ
  - ・患者が記入します。
- ③事業主が記入するところ
  - ・事業主が記入します。
- ④患者氏名
  - ・患者名を記入します。
- ⑤傷病名
  - ・治療を行った（行っている）傷病名を診療録の記載をもとに記入します。
- ⑥発病または負傷の年月日
  - ・⑤の傷病名が発生した日付を診療録等の記載をもとに記入します。分からない場合は、「不明」や「不詳」と記入します。
- ⑦療養の給付の開始年月日
  - ・⑤の傷病名で当院に初めて受診した年月日を診療録等の記載をもとに記入します。
- ⑧発病または負傷の原因
  - ・⑤の傷病名の原因を診療録等の記載をもとに記入します。分からない場合は、「不明」や「不詳」と記入します。
- ⑨労務不能と認めた期間
  - ・被保険者の記入欄の「療養のため休んだ期間」の日付を参考に記入します。
  - ・労務不能と認めた期間を主治医に確認の上記入します。
- ⑩入院期間
  - ・労務不能と認めた期間の中で入院期間がある場合に期日と日付を記入します。
- ⑪療養費用の別
  - ・医療費を徴収した保険区分のうち、該当するものを○で囲みます。

⑫転帰

- ・労務不能となった傷病の状態のうち該当するものを○で囲みます。

⑬診療実日数

- ・病院に受診した日数を記入し、該当する日付を○で囲みます。

⑭傷病の主たる病状および経過概要

- ・④の傷病名に関する症状や治療内容、傷病の経過などを診療録等の記載をもとに記入します。

⑮人工透析を実施または人工臓器を装着した時

- ・該当する場合は、該当項目の実施開始日や装着日を記入し、該当項目を○で囲みます。

⑯日付

- ・文書を作成した日付を記入します。労務不能と認めた期間の最終日の前日以前の日付は記入できません。

⑰医療機関の所在地・医療機関・医師の氏名

- ・医療機関の住所・名称を記入します。医師の氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に直筆で署名又は押印してもらいます。

傷病手当金支給申請書—第1面（様式）

届書コード			健康保険傷病手当金支給申請書（第 回）																		
6	3	1	① 被保険者証の記号・番号			② 被保険者の生年月日			基礎 種別	受付年度	通 番			ケイブ							
④ 被保険者 (申請者)の 氏名と印			⑤ 被保険者の 資格を取得 した年月日			昭和 平成			⑥ あなたの 仕事の内 容												
③ 被保険者 (申請者) の住所			〒			都道 府県			電話 ( )												
⑦ 傷病名			⑧ 初診日			⑨ 起算日			⑩ 請求 年月日	⑪ 請求 年月日	⑫ 傷病 コード	⑬ 回数									
⑭ 発病時の状況を詳しく (負傷の場合は右面のを 記入してください。)			⑮ 療養のため休んだ期間 (申請期間)			平成 年 月 日 から			日 間			⑯ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は「第三者行為による傷病」を記入してください。</small>									
⑰ 上記⑮の療養のため休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか、 または今後受けられますか。			平成 年 月 日 から			日 間			自 年 月 日			至 年 月 日									
⑱ 上記⑰で「受けた」（今後受ける）と答えた場合、その報酬の額と、その報酬 支払の基礎となった（なる）期間を記入してください。			平成 年 月 日 から			平成 年 月 日まで			円												
⑲ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか、受給している 場合、どちらを受給していますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中			<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金															
⑳ 上記⑲で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる） 傷病名を記入してください。																					
㉑ 上記⑲で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。 （「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）			基礎年金番号			年金コード			支給開始年月日			年金額 円									
㉒ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または 退職を事由とする公的年金を受給していますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中																		
㉓ 上記⑲で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、 支給開始年月日、年金額を記入してください。 （「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。）			基礎年金番号			年金コード			支給開始年月日			年金額 円									
㉔ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中																		
㉕ 上記⑲で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先 の労働基準監督署名を記入してください。			支給（請求）労働基準監督署名			労働基準監督署															
㉖ 介護保険法のサービスを受けたとき			保険者番号			被保険者番号			保険者名称												
減額1	現喪	白	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分	0:障害年金等以外 1:障害年金等						
減額2	現喪	白	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分	0:障害年金等以外 1:障害年金等						
減額3	現喪	白	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額	円	区分	0:障害年金等以外 1:障害年金等						
不支給	現喪	白	年	月	日	至	年	月	日	不支給2 期間	自	年	月	日	至	年	月	日	103条	104条	108条
不支給	現喪	白	年	月	日	至	年	月	日	不支給4 期間	自	年	月	日	至	年	月	日	1:請求	2:請求	3:請求
不支給理由				法定支給額			円			支給日数			支払方法			2:個人払い 3:その他					

①～⑬の記入方法は、別紙「記入例」を参照してください。



傷病手当金支給申請書—第3面（様式）

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および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	㊦ 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)																															出勤	有給							
	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	計	日	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	計	日	日				
主	㊧ 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ																															給付の種類 (○で囲んでください)		賃金計算						
	月給		日給		日給月給		給日		日		時間給		歩合給		その他		支払日		当 期 日		日																			
証明するところ	㊨ 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賃金支払状況を下欄に記入してください。																															●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。								
	支給した(する)賃金内訳	区分	単価	月 日		月 日		月 日																																
				～	日	日分	～	月	日分	～	月	日分																												
		基本給																																						
		通勤手当																																						
		住居手当																																						
		扶養手当																																						
		手当																																						
		手当																																						
		現物給与																																						
	計																																							
こ	上記のとおり相違ないことを証明します。																															平成	年	月	日	担当者氏名				
	事業所所在地																																							
	事業所名称																																							
ろ	事業主氏名																															☎	電話	(		)				

「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

療養担当者が見入る	患者氏名																																			
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日(初診日)	(1)	年	月	日																													
		(2)		(2)	年	月	日																													
		(3)		(3)	年	月	日																													
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	発病負傷	発病または負傷の原因																													
	㊩ 労務不能と認められた期間	年	月	日から	日	日	期間																													
	㊪ ①のうち入院期間	年	月	日から	日	日	入院	療養費用の別	健保	自費	公費	(		)	その他																					
	診察実日数	診察日を○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		
㊫ ②の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	手術年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日																																			
症状経過からみて従来の職務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	人工透析を実施または人工臓器を装着した日																																			
	人工臓器等の種類	ア、人工肝臓	イ、人工両脚	ウ、人工心臓	エ、心臓ペースメーカー																															
と	上記のとおり相違ありません。																																			
	平成 年 月 日																																			
ろ	医療機関の所在地																																			
	医療機関の名称																																			
	医師の氏名																																			
☎ 電話 ( )																																				

## 処方せん

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
処方せん		医療機関	患者 → 調剤薬局

### 【記載事項】

#### ①患者情報、保険情報、医療機関名、保険医名

- ・患者情報  
…調剤を受ける患者の氏名、生年月日、性別、負担割合などを記載する。
- ・保険情報  
…患者の加入している医療保険の種類や被保険者証の保険者番号等を記載する。
- ・医療機関名、保険医名  
…処方せんを交付した医療機関名と保険医名を記載する。

#### ②処方せん交付日及び使用期間

- ・患者に処方せんを交付した年月日を記載します。使用期間の記載は省略しますが、次のような場合は使用期間を明記します。
  - ▶規定を超えた有効期間が必要な場合（旅行等により）
  - ▶症状により必ず3日以内に調剤を受ける必要があるなど、緊急を要する場合

#### ③処方内容

- ・処方内容を記載する。この処方内容に基づいて調剤が行われる。

#### ④備考欄には、次のような事項を記載する。

- ・保険薬局が調剤を行うにあたって留意すべき事項
- ・麻薬を処方した場合は、患者の住所及び麻薬施用者（保険医）の免許証の番号
- ・六歳未満の患者の場合は「6歳」と、後期高齢者は9割給付の患者の場合は「高一」と、後期高齢者で7割給付の患者の場合は「高7」と記載される。
- ・「処方」欄に先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、当該先発医薬品を後発医薬品に全て変更不可の場合は署名するか、又は記名の記載と押印をする。

処方せん（様式）

処 方 せ ん											
（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）											
公費負担者番号				保 険 者 番 号							
公費負担医療 の受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号							
患 者	氏 名		保険医療機関の 所在地及び名称						電 話 番 号		
	生年月日	明 大 経 平 年 月 日	男・女		保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">印</span>						
	区 分	被保険者	被扶養者		都道府県 番号	点数表 番号	医療機関 コード				
交付年月日		平成 年 月 日				処方せんの 使用 期 間		平成 年 月 日		特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に届出すること。	
処 方	変更不可 <span style="font-size: 10px;">（個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）</span>										
	保険医署名 <span style="font-size: 10px;">（「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）</span>										
備 考											
調剤済年月日		平成 年 月 日				公費負担者番号					
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受 給 者 番 号									
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。											

診療録No3

過有  
敏症無

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号				0	6	1	3	1	3	2	4			
公費負担医療の受給者番号				記号・番号		10・135												
				有効期限		平成 年 月 日												
受 診 者	氏 名			安川 源														
	生年月日			明大(昭)平40年 4月 23日			(男)・女			資格取得			昭・平 年 月 日					
	住 所			東京都台東区浅草橋9-9-9						所在地								
	電話			03-0000-0000						事業所(船主)			所在地					
職 業			会社員		被保険者との続柄		本人		保険者		所在地							
傷 病 名			職務		開 始		終 了		転 帰		期間満了予定日							
肺炎			上・外		25年 2月 19日		25年 2月 26日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日							
			上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日							
			上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日							
			上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日							
既往症・原因・主要症状・経過等								処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等										
<p>家族性コレステロール血症にて通院中の小川クリニックから紹介。</p> <p>2月15日 KT38.2℃、悪寒・咽頭痛あり 小川クリニックにて薬を処方 ※ロキソニン錠 3T メチスタ錠500mg 3T ケイサミン錠 3T セファレキシンカプセル 3C 分3×4日分</p> <p>2月19日 KT38.7℃ 画像診断の結果、湿潤影を認め肺炎と診断 池中総合病院に入院予定で紹介</p> <p>・既往歴 WPW症候群(カテーテルアブレーション施行済) 家族性コレステロール血症 マイバスタ錠5mg 2T 分2 ニチアスピリン錠 1T 分1 (2月分処方済み)</p>								<p>医療機関名：池中総合病院 住所：東京都中央区八丁堀5-5-5 電話番号：03-0000-0000 医師：谷口 透</p> <p>医療機関名：小川クリニック 住所：東京都台東区浅草橋8-8-8 電話番号：03-0000-0000 医師：上田 直樹</p>										
傷 病 名			労務不能に関する意見				入 院 期 間											
			意見書に記入した労務不能期間		意見書交付													
			自 至		日 間			自 至		日 間								
			自 至		日 間			自 至		日 間								
			自 至		日 間			自 至		日 間								
			自 至		日 間			自 至		日 間								
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																		
備 考	公費負担者番号				公費負担医療の受給者番号													

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
25.2.19 KT38.7℃ BP118/73 P105 SpO <sub>2</sub> 94% 咳嗽 (+) 頻呼吸 (-) ラ音 (-) WBC6800 CRP12.0 画像診断の結果、右下葉に肺炎、一部無気肺  小川クリニックで処方された薬は、ニチアスピリンのみ 服用 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.19 B-末梢血液一般 B-CRP ECG (12) 胸部デジタルX-P (画像記録用四ツ切 2枚) 胸部CT (画像記録用四ツ切 2枚) S-M、培 点滴 - [ ブランジン注用2g 2瓶 ソリタ-T3号輸液500mL 2瓶 ピソルボン注 2A Rpテプレノンカプセル 3C アントブロンLカプセル 3C シスダイネ錠500mg 3T      分3×5日分
25.2.20 KT39.2℃ BP127/85 P110 SpO <sub>2</sub> 95% 引き続き点滴を行い、様子を見る。 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.20 点滴 do
25.2.21 KT38.0℃ BP115/80 CRP10.6 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.21 点滴 do B-CRP
25.2.22 KT37.6℃ BP116/83 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.22 点滴 do
25.2.23 KT37.2℃ BP120/85 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.23 点滴 - [ ブランジン注用2g 2瓶 ソリタ-T3号輸液500mL 1瓶 ピソルボン注 2A
25.2.24 KT37.0℃ BP120/83 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.24 点滴 do
25.2.25 KT36.8℃ BP118/78 CRP0.2 画像診断の結果、肺炎像消失 咳、痰減少、このまま落ち着いていれば明日退院 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.25 B-CRP 胸部デジタルX-P (画像記録用 四ツ切2枚) S-M、培
25.2.26 予定通り本日退院 退院時処方 小川クリニックへ、入院中の報告及び今後の治療に ついて診療情報提供書作成	25.2.26 Rpパセトシンカプセル250mg 3C      分3×7日分

## 診療情報提供書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
診療情報提供書	患者	医療機関	他の医療機関等

※一般には、紹介状とよばれる。

### 【記載事項】

- ①紹介先医療機関等名、担当医 科 殿
  - ・紹介先の医療機関等名、診療科、医師名を担当医師に確認後、記入します。
- ②日付
  - ・文書を作成した日付を記入します。
- ③紹介元医療機関の所在地及び名称、電話番号、医師名
  - ・自院の住所、名称、電話番号を記入します。医師氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名または押印をしてもらいます。
- ④患者氏名、患者住所、性別、電話番号、生年月日、職業
  - ・患者氏名、患者住所、性別、電話番号、生年月日、職業を、診療録の記載をもとに記入し、該当項目を○で囲みます。
- ⑤傷病名
  - ・紹介先の医療機関で治療が必要な傷病名を記入します。
- ⑥紹介目的
  - ・紹介先の医療機関に依頼する治療内容の概略を記入します。
- ⑦既往歴及び家族歴
  - ・⑤の傷病以外に治療を行っている傷病や、アレルギーや輸血の有無、家族の状況など、紹介先の医療機関での治療に必要な情報を記入します。
- ⑧症状経過及び検査結果
  - ・⑤の傷病に関する症状の経過、検査や画像診断などの結果を記入します。
- ⑨治療経過
  - ・⑤の傷病に関する治療の内容や経過を記入します。
- ⑩現在の処方
  - ・現在服用している薬剤がある場合、処方内容を記入します。
- ⑪備考
  - ・①から⑩以外で、治療上必要な内容がある場合に記入します。

## 診療情報提供書（様式）

### 診療情報提供書

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ねた診療情報提供書です。

年 月 日

病院・診療所  
医院・クリニック

科

先生

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

下記の患者さまを紹介しますので、よろしくお願いいたします。

フリガナ		職業	
患者氏名		電話	
住所		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)		
紹介目的			
主訴 および現病名			
既往歴 および家族歴			
治療経過 および 主要検査成績			
現在の処方			
患者に関する 留意事項			
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・ その他 ( )		
備考			

## 紹介状

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
紹介状	患者	医療機関	他の医療機関等

### 【記入する上での注意事項】

#### ①紹介先医療機関名、担当医名

- ・紹介先の医療機関名、担当医師名を、担当医に確認し、記入する。

#### ②挨拶文

- ・今回使用する形式は、患者氏名のみを入力されている。患者氏名を誤字・脱字なく正確に記入する。

#### ③附記

- ・患者の主訴や現状を診療録の記載をもとに記入する。
- ・検査結果や疑いのある病名も記入する。

#### ④日付、紹介元医療機関の名称、担当医名

- ・文書を作成した日付を記入する。
- ・紹介元医療機関の名称を記入する。
- ・医師氏名欄は、医師に証明内容の確認をしてもらう時に、直筆で署名及び押印をしてもらう。

紹介状（様式）

紹介状

※医師が他の医師に患者を紹介する際、使用するものです。

先生 御侍史

---

拝啓 　　いつも御健勝のことと存じ上げます  
患者 　　　　　殿を御紹介申し上げます  
何卒御高診の上 宜しく御治療御指導の程  
御願ひ申し上げます 敬具

附記

---

平成 年 月 日

印



分娩：正常

【分娩時記録】

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| 1. 妊娠週：39週2日                | 21. 縫合時出血量：100g  |
| 2. 分娩時年齢：29歳                | 22. 胎盤娩出様式：胎児面   |
| 3. 分娩時体位：仰臥位                | 23. 胎盤形：楕円   |
| 4. 分娩胎位：頭位                  | 24. 胎盤大きさ：15cm×17.5cm  |
| 5. 胎向：第一                    | 25. 胎盤厚さ：2.1cm   |
| 6. 胎勢：頭位                    | 26. 胎盤重量：456g  |
| 7. 分娩方法：自然経産                | 27. 胎盤石灰化：あり   |
| 8. 分娩誘発・陣痛促進：無し             | 28. 胎盤白色梗塞：あり  |
| 9. 陣痛開始：平成25年3月27日11時00分    | 29. 実質欠損：無し  |
| 10. 破水：平成25年3月27日13時20分     | 30. 捻転：右   |
| 11. 子宮口全開大：平成25年3月27日13時40分 | 31. 臍帯長：58cm   |
| 12. 胎児娩出：平成25年3月27日15時05分   | 32. 臍帯付着部位：側方  |
| 13. 胎盤娩出：平成25年3月27日15時16分   | 33. 臍帯巻絡：無し  |
| 14. 第1期分娩所要時間：2時間40分        | 34. 結節：無し  |
| 15. 第2期分娩所要時間：1時間25分        | 35. 血管の異常：無し   |
| 16. 第1期＋第2期合計時間4時間5分        | 36. 卵膜欠損：無し  |
| 17. 第3期分娩所要時間：11分           | 37. 羊水量：中等   |
| 18. 総分娩所要時間：4時間16分          | 38. 破水時混濁：無し   |
| 19. 破水～分娩時間：1時間45分          | 39. 分娩時混濁：無し   |
| 20. 分娩時出血量：35g              | 40. 担当者：岡崎 洋平<br>主治医：田村 伸一<br>分娩担当医師：宮本 健太<br>介助助産師：住田 由香里<br>新生児助産師・看護師：浦上 裕子 |

【母処置】

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1. 母処理：有り          | 7. 分娩時に使用した麻酔詳細：局所麻酔 |
| 2. 母処置詳細：会陰裂傷 縫合Ⅰ度 | 8. 全身麻酔：無し           |
| 3. 会陰切開部位：正中       | 9. 分娩時に使用した薬剤：無し     |
| 4. 縫合糸：2-0バイクリル    | 10. 抗生物質：無し          |
| 5. 縫合数：連続          | 11. クリステレル：無し        |
| 6. 分娩時に使用した麻酔：あり   | 12. 手動的誘導（会陰進展）：無し   |

医療機関名：日本橋病院  
住所：東京都中央区日本橋茅場町9-9-9  
電話番号：03-0000-0000  
医師：田村 伸一

## 出産育児一時金

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
出産育児一時金		医療機関	事業主 → 保険者

### 【記載事項】

「被保険者が記入するところ」欄には、被保険者が記入します。

「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」欄に、医療機関側は、記入をします。

#### ①被保険者が記入するところ

・「被保険者が記入するところ」は、被保険者が記入します。

#### ②出産者氏名

#### ③出産年月日

・被保険者が分娩した日を、診療録等の記載をもとに記入します。

#### ④出生児の数

・1人の場合には単胎の項目を○で囲みます。2人以上の場合には多胎の項目を○で囲み、出生児の数を（ 児）の中に数字で記入します。

#### ⑤生産または死産の別

・診療録等の記載をもとに該当する項目を○で囲みます。死産の場合は、妊娠第何週（何ヶ月）であったのかを、診療録等の記載をもとに記入します。

#### ⑥日付

・文書を作成した日を記入します。

#### ⑦医療施設の所在地・名称・医師・助産師名

・病院の住所・名称を記入します。医師の氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらった際に直筆で署名又は押印してもらいます。



## 出生証明書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
出生証明書	患者	医療機関	出生届と共に役所に提出。

### 【記載事項】

- ①子の氏名及び性別
  - ・子の氏名と性別を診療録等の記載をもとに記入します。
- ②生まれたとき
  - ・出生した年月日と時分を診療録等の記載をもとに記入します。
- ③出生したところ及びその種別
  - ・出生したところの種別は 1~5 のいずれかを○で囲み、医療機関の住所と医療機関名を記入します。
- ④体重及び身長
  - ・診療録等の記載をもとに出生時の体重と身長を記入します。
- ⑤単胎・多胎の別
  - ・一人の場合は単胎の項目を○で囲みます。二人以上の場合は多胎の項目を○で囲み、何子中第何子であったか、( ) 内に数字で記入します。
- ⑥母の氏名
  - ・母の氏名と妊娠週数を診療録等の記載をもとに記入します。
- ⑦この母の出産した子の数
  - ・診療録等の記載をもとに、医師に確認の上記入します。
- ⑧出生立会者、住所、氏名欄
  - ・医師を○で囲み、医療機関の住所を記載します。証明の日付は文書を作成した日付を記入します。氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に直筆で署名又は押印してもらいます。

出生証明書（様式）

出生証明書			
子の氏名		男女の別	1男 2女
生まれたとき	平成 年 月 日 午前 時 分 午後		
出生した ところ及び その種別	出生したところ の種別	1 病院 2 診療所 3 助産所 4 自宅 5 その他	
	出生した ところ	番地 番 号	
	(出生したところ) の種別 1~3 施設の名称		
体重及び身長	体重 グラム	身長 センチメートル	
単胎・ 多胎の別	1 単胎 2 多胎 ( 子中第 子)		
母の氏名		妊娠 週数	満 週 日
この母の出産 した子の数	出生子 ( この出生子及び出生後 死亡した子を含む ) 死産児 (妊娠週 22 週以降)		人 胎
1 医師 2 助産師 3 その他	上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 (住所) 番地 番 号 (氏名)		

# 解 答・解 説



## 診 断 書

※診断した患者の現状を示したものです。病気の診断の証明の場合や健康である  
(特に問題となる疾病がない) ことを証明する場合にも用いられます。

(住所) 東京都中央区日本橋3-3-3

(氏名) 新井 光彦 殿

明治・大正・昭和・平成 30年 4月 12日生 (57才)

病 名 : 外踝骨折 (左)

(備考) 平成24年12月7日、上記傷病名にて

当整形外科を受診。

画像診断の結果、外踝骨折と診断。

今後7日日間安静加療を要す。

—以下余白—

上記のとおり診断いたします。

平成 24年 12月 7日

〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町9-9-9

人形町総合病院 整形外科

医 師 川村 康弘 (印)

TEL 03-0000-0000

## 診 断 書

※診断した患者の現状を示したものです。病気の診断の証明の場合や健康である  
(特に問題となる疾病がない) ことを証明する場合にも用いられます。

(住所) 東京都中央区日本橋3-3-3

(氏名) 新井 光彦 殿

明治・大正・昭和・平成 30年 4月 12日生 (57 才)

病 名 : 外踝骨折 (左)

カルテ開示ではないので、  
細かく記載せずまとめる。

(備考) 平成24年12月7日、上記傷病名にて

当整形外科を受診し、ポイントを明確にする。

画像診断の結果、外踝骨折と診断。

今後7日日間安静加療を要す。

- 以下余白 -

これ以上書き加えられたり  
することのないよう、最後  
の分から間隔を開けずに以  
下余白と記載する。

上記のとおり診断いたします。

平成 24年 12月 7日

〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町9-9-9

人形町総合病院 整形外科

医 師 川村 康弘

Ⓜ

TEL 03-0000-0000

解 答（傷害保険用診断書）

傷害保険用診断書（証明書）

傷病者	住所	東京都中央区日本橋 3-3-3		① 健保 2 国保 3 労災 4 自費 5 その他	
	氏名	新井 光彦		男・女	職業
			明治・大正・昭和 平成 30年 4月 12日生（57歳）		
傷病名および受傷部位 外踝骨折（左）					
初診日			24年 12月 7日		発病または受傷日 24年 12月 7日
発病または受傷の原因（傷病者深刻の内容を詳細に記入してください） 仕事で外出中、飛び出してきた自転車を避けた際に足を捻った。					
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容 画像診断の結果、左外踝を骨折、ギプス包帯の処置をし、松葉杖を貸与、鎮痛剤を処方し安静にとの指示を出す。経過良好にて12月31日治癒とする。			むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状（レントゲン・脳波など）の有無、検査結果 X線異常 有・無（ ） その他の異常 有・無（ ） 当該傷病の治療歴：有・無（病院名： ） （年 月 日～ ） 既往症の有無：有・無（病院名： ）		
今回の傷病に関して実施した手術（該当する項目に○印をつけてください）					
手術の種類：		開頭術	開胸術	開腹術	手術名
		ファイバースコープまたはケーテルによる手術		その他	
筋骨関係手術の場合（観血 非観血） 植皮術の場合（25cm以上 25cm未満）			手術日		年 月 日
入院治療 日間（うち外泊日数 日）		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
上記入院期間中に付き添いが必要と思われる期間		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
通院治療 5日間（うち治療実日数 5日）		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
固定具使用の場合		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
使用期間 12月 7日～ 12月 31日		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
使用固定具（ギプス） シーネ ポリネック コルセット その他（ ）		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
就業がまったく不可能な期間		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
24年 12月 8日～ 24年 12月 14日		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
本人の業務及び日常生活に支障がある期間		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
24年 12月 8日～ 24年 12月 31日		12月 17日 18日 19日 20日 21日 22日 23日 24日 25日 26日 27日 28日 29日 30日 31日 計 5日			
24年 12月 31日（治癒） 継続 中止 転院		後遺障害残存見込 無 有（内容 ）			
上記の通り診断いたします 24年 12月 31日		所在地 東京都中央区日本橋人形町 9-9-9 TEL. 03-0000-0000 病院名 人形町総合病院 医師氏名 川村 康弘			

解説（傷害保険用診断書）

傷害保険用診断書（証明書）

傷病者	住所	東京都中央区日本橋 3-3-3	①健
	氏名	新井 光彦	男・女 明治・
傷病名および受傷部位 外踝骨折（左）			

発病または負傷の年月日はカルテに記載がなければ不詳とする。  
この患者は 24.12.7. と記載があるので、この日が発病または受傷となる。

初診日	24年 12月 7日	発病または受傷日	24年 12月 7日
-----	------------	----------	------------

発病または受傷の原因（傷病者深刻の内容を詳細に記入してください）  
 仕事で外出中、飛び出してきた自転車を避けた際に足を捻った。

初診から現在までの主要症状ならびに治療内容 画像診断の結果、左外踝を骨折、ギプス包帯の処置をし、松葉杖を貸与、鎮痛剤を処方し安静にとの指示を出す。経過良好にて12月31日治癒とする。	むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状（レントゲン・脳波など）の有無、検査結果  X線異常 有・無（ ） その他の異常 有・無（ ）  当該傷病の治療歴：有・無（病院名： ） （ 年 月 日～ ） 既往症の有無：有・無（病院名： ）
--	--

「労務不能」と認めた期間は、被保険者記入欄の「療養のため休んだ期間」を確認します。

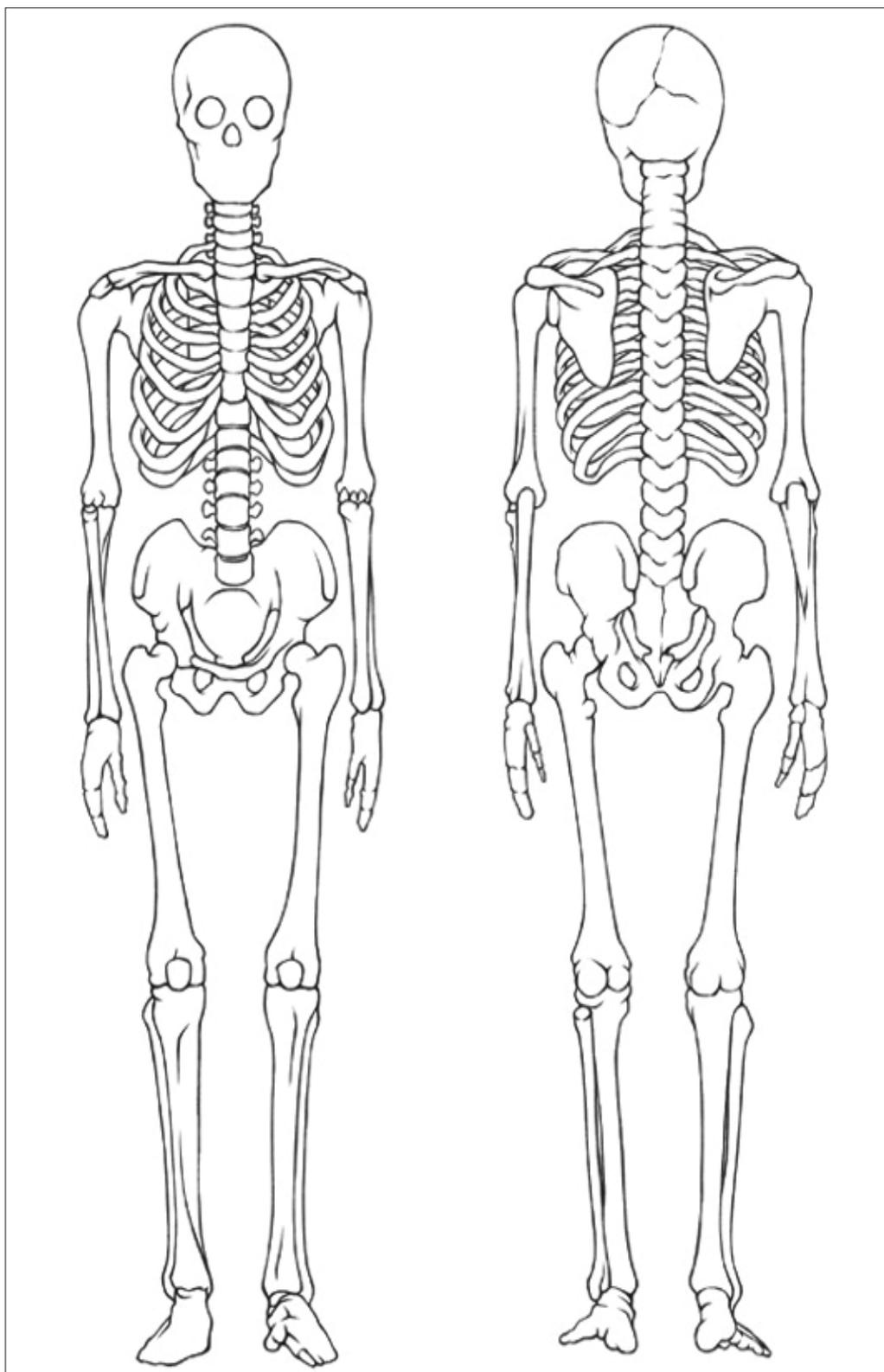
手術名	開胸術 開腹術	手術日	年 月 日
その他	カテーテルによる手術 その他	手術日	年 月 日
皮膚術の場合(25cm以上 25cm未満)	手術日	年 月 日	年 月 日

上記入院期間	24年 12月 7日～ 24年 12月 14日	計 5日
通院治療	5日間（うち治療実日数 5日） 25年 12月 7日～ 25年 12月 31日	計 日
固定具使用の場合	使用期間 12月 7日～ 12月 31日 使用固定具 (ギプス) シーネ ポリネック コルセット その他（ ）	計 日
就業がまったく不可能な期間	24年 12月 8日～ 24年 12月 14日	計 日
本人の業務及び日常生活に支障がある期間	24年 12月 8日～ 24年 12月 31日	計 日

24年 12月 31日 (治癒) 継続 中止 転院	後遺障害残存見込 無 有 (内容 )
---------------------------	--------------------

上記の通り診断いたします 24年 12月 31日	所在地 東京都中央区日本橋人形町 9-9-9 TEL. 03-0000-0000 病院名 人形町総合病院 医師氏名 川村 康弘
-----------------------------	---

人体图



解 答 (傷病手当金支給申請書)

届書コード
-------

健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)

〇〇「記入方法はおよび添付書類等については、別紙「記入例」(添付書類について)を参照してください。

① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日		届書種類	受付年度	通 番	グループ
1 2 - 3 4 5		昭和 平成 5 2 3 1 8		0 1	平成 2 4		
③ 被保険者(申請者)の氏名と印 久代 健吾		④ 被保険者の資格を取得した年月日 昭和 平成 年 月 日		⑤ あなたの具体的な内容			
⑥ 被保険者(申請者)の住所 [受取人情報] / [被保険者情報]		⑦ (7)がナ トウキョウトヒノシヒノホンマチ 東京(都道府県) 日野市日野本町 7-8-9 電話 042 ( 587 ) 〇〇〇〇					
⑧ 傷病名 1) うつ病		⑨ 初診日 24 10 07		⑩ 請求年月日 2 4 1 0 2 8		⑪ 特別支給コード 新設	
⑫ 発病時の状況を詳しく(負傷の場合は右面⑫を記入してください。)		2ヵ月前に両親を亡くし、その後不眠・不安感の症状が出始めた。外来にて受診し、心因性のうつ病と診断された。		⑬ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
⑭ 療養のため休んだ期間(申請期間)		平成 24年 10月 28日 から		31 日間		自 年 月 日 至 年 月 日	
⑮ 上記⑭の療養のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		<input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない			
⑯ 上記⑮で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。		平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで 円			
⑰ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか、受給している場合、どちらを受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金			
⑱ 上記⑰で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる)傷病名を記入してください。							
⑲ 上記⑱で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)		基礎年金番号		年金コード		支給開始年月日	
						年 金 額 昭和 平成 年 月 日 円	
⑳ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中					
㉑ 上記㉑で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。(「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)		基礎年金番号		年金コード		支給開始年月日	
						年 金 額 昭和 平成 年 月 日 円	
㉒ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 労災請求中					
㉓ 上記㉒で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。		支給(請求)労働基準監督署名		労働基準監督署			
㉔ 介護保険法のサービスを受けたとき		保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		保 険 者 名 称	
減額1		期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	金額	円	区分
減額2		期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	金額	円	区分
減額3		期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	金額	円	区分
不支給1		期間	自 年 月 日 至 年 月 日	不支給日数	金額	円	区分
不支給2		期間	自 年 月 日 至 年 月 日	不支給日数	金額	円	区分
不支給理由		法定支給額		円	支払日数	支払方法	2:個人払い 3:その他

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および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	① 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)		出勤	有給	
	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 計	日	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 計	日	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 計	日	日	
	② 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい、 <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類 (○で囲んでください)	賃金計算	
	③ 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賃金支給状況を下欄に記入してください。		月給 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他	締日	日
			支払日		当月 翌月 日
			●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。		
	支給した(する)賃金内訳	期間 区分	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分
				支給額	支給額
	基本給				
	通勤手当				
	住居手当				
	扶養手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計				
上記のとおり相違ないことを証明します。			平成 年 月 日	担当者氏名	
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名		☎ 電話 ( )			

「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療養担当者が見入るところ	患者氏名	久代 健吾		
	傷病名	(1) うつ病	療養の給付開始年月日(初診日)	
		(2)	(1) 年 月 日	
		(3)	(2) 年 月 日	
	発病または負傷の年月日	平成 24 年 10 月 7 日	発病または負傷の原因	(3) 年 月 日
	④ 労務不能と認められた期間	24 年 10 月 28 日から 30 日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 ( ) その他 <input checked="" type="checkbox"/> 給付 <input checked="" type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
	④のうち入院期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。	10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
⑤ ④の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)			手術年月日 平成 年 月 日	
2月前に交通事故で両親をなくし、49日を過ぎた頃より眠れなくなる。心因性のうつ病と診断。軽めの処方で見えたが、不安感を強く感じるようになった。薬が効かず、不眠は改善されなかったため、処方内容を変え自宅療養となる。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 体がだるく朝起きられず、出社するのが困難な状況と判断。			退院年月日 平成 年 月 日	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工透析を実施または人工臓器を装着した日		昭和・平成 年 月 日	
	人工臓器等の種類	ア.人工肝臓 イ.人工関節 ウ.人工骨頭 エ.心臓ペースメーカー オ.人工透析 カ.その他 ( )		
上記のとおり相違ありません。平成 24 年 10 月 28 日				
医療機関の所在地		東京都八王子市安町 9-9-9		
医療機関の名称		八王子中央病院		
医師の氏名		杉本 佑貴 ☎ 電話 042 ( 624 ) ○○○○		

解 説 (傷病手当金支給申請書)

**健康保険傷病手当金支給申請書 (第 1 回)**

届書コード

① 被保険者証の記号・番号: 12 - 345  
 ② 被保険者の生年月日: 昭和 52 年 3 月 18 日  
 ③ 届書種別: 01  
 ④ 受付日: 2024 年 10 月 28 日

被保険者 (797ガ) クシロ ケンゴ  
 ⑤ 被保険者の資格を取得した年月日: 2024 年 10 月 28 日  
 ⑥ 退職後も継続するので、必ず回数を入れる。

⑦ 傷病名: 1) うつ病  
 ⑧ 発病時の状況を詳しく (負傷の場合は右面②を記入してください。)  
 2カ月前に両親を亡くし、その後不眠・不安感の症状が出始めた。外来にて受診し、心因性のうつ病と診断された。

⑨ 療養のため休んだ期間 (申請期間): 平成 24 年 10 月 28 日から 平成 24 年 11 月 27 日まで 31 日間  
 ⑩ 上記⑨の療養のため休んだ期間 (申請期間) の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。  受けた  受けません

⑪ 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。  
 はい  いいえ  請求中  
 障害厚生年金  障害手当金

⑫ 上記⑪で「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった (なる) 傷病名を記入してください。

⑬ 上記⑫で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。  
 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)

⑭ 資格喪失した方で、その後も継続して傷病手当金を申請する場合、老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。  
 はい  いいえ  請求中

⑮ 上記⑭で「はい」または「請求中」と答えた場合、基礎年金番号、年金コード、支給開始年月日、年金額を記入してください。  
 (「請求中」と答えた場合は、基礎年金番号のみを記入してください。)

⑯ 労災保険から休業補償給付を受けている期間の傷病手当金の申請ですか。  
 はい  いいえ  労災請求中

⑰ 上記⑯で「はい」または「労災請求中」と答えた場合、支給元または請求先の労働基準監督署名を記入してください。  
 支給 (請求) 労働基準監督署名: 労働基準監督署

⑱ 介護保険法のサービスを受けたとき  
 保険者番号: 被保険者番号: 保険者名:

※ 減額1: 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数 金額 円  
 減額2: 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数 金額 円  
 減額3: 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数 金額 円  
 不支給1: 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数 金額 円  
 不支給2: 期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数 金額 円  
 不支給理由: 法定支給額 円 支給日数 日 支払方法: 2:個人払い 3:その他

〇〇 (記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」(添付書類)を参照してください。)

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および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	① 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)		出勤	有給
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 計	日	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 計	日	日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 計	日	日
賃金内訳	② 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい、 <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類 (○で囲んでください)	
	③ 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賃金支払状況を下欄に記入してください。		月給	日給
支給した(する)賃金内訳	期間	月 日	月 日	月 日
	区分	単価	支給額	支給額
と	基本給			
	通勤手当			
	住居手当			
	扶養手当			
	手当			
	現物給与			
計				
上記のとおり相違ないことを証明します。			担当者氏名	
事業所所在地			平成 年 月 日	
事業所名称				
事業主氏名			電話 ( )	

「初回申請分」には、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とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

療養担当者が見入るところ	患者氏名	久代 健吾		
	傷病名	(1) うつ病	開始年月日 (初)	
		(2)	年 月 日	
		(3)	年 月 日	
	発病または負傷の年月日	平成 24 年 10 月 7 日	発病/負傷	発病または負傷の原因
	④ 労務不能と認められた期間	24 年 10 月 28 日から 30 日間		
	⑤ のうち入院期間	年 月 日から 日間	療養費用の別	⑥ 療費 ⑦ 自費 ⑧ 公費 ( ) その他
	診療実日数	診療日を○で囲んでください。	10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
⑨ の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)		手術年月日	平成 年 月 日	
2 月前に交通事故で両親をなくし、49 日を過ぎた頃より眠れなくなる。心因性のうつ病と診断。 軽めの処方で見えたが、不安感を強く感じるようになった。 薬が効かず、不眠は改善されなかったため、処方内容を変え自宅療養となる。 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 体がだるく朝起きられず、出社するのが困難な状況と判断。		退院年月日	平成 年 月 日	
人工透析を実施または人工臓器を装着したとき	人工臓器等の種類	ア. 人工肝臓 イ. 人工関節 ウ. オ. 人工透析 カ. その他 ( )		
上記のとおり相違ありません。		平成 24 年 10 月 28 日		
医療機関の所在地	東京都八王子市安町 9-9-9			
医療機関の名称	八王子中央病院			
医師の氏名	杉本 佑貴 電話 042 ( 624 ) 〇〇〇〇			

療養のため休む期間を記入する。

発病の原因をカルテより記入する。  
分からない場合は、不明・不詳でもよい。

解 答 (処方せん)

処 方 せ ん									
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)									
公費負担者番号					保険者番号				
公費負担医療の 受給者番号					0 6 1 3 5 3 0 9				
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号					1 2 ・ 3 4 5				
患 者	氏名	久代 健吾			保険医療機関の 所在地及び名称	東京都八王子市市安町9-9-9 八王子中央病院			
	生年月日	明大 <sup>①</sup> 平52年3月18日	男・女	電話番号	042-624-0000				
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	杉本 佑貴 <sup>②</sup>				
都道府県 番号		1 3		点数表 番号	1		医療機関 コード		
交付年月日		平成 24年 10月 28日			処方せんの 使用期間	平成24年10月31日			
変更不可		個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、 「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。 Rp (薬品 分量 用法 投与日数 又は投与量) 平成24年10月28日 内服 レキソタン錠 1mg 3T デバス錠 1mg 3T アモキシサンカプセル 10mg3C 1日3回毎食後 14日分 屯服 デバス錠 0.5mg 1T 10P (不眠時)							
備考		「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。							
調剤済年月日		平成 年 月 日			公費負担者番号				
保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師氏名		③			公費負担医療の 受給者番号				
薬剤料	調剤 数量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	調剤基本料		合計金額	
						患者負担金		円	
						請求金額		円	
備考1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更にし支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何にも記載しないこと。									
備考2. この用紙は、日本工業規格A列5番とすること。									
備考3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは、「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは、「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。									

# 解説 (処方せん)

- ◆薬剤名は省略せず、明瞭な字体、正確な綴りで記載。内服薬は1日分の投与量、屯服薬は1回分の投与量、散剤は分量の後に主薬量・製剤量と付記します。

## 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です)

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			
患者	氏名	久代 健吾		保険医療機関の所在地及び名称 東京都八王子市子安町9-9-9 八王子中央病院 電話番号 042-624-0000 保険医氏名 杉本 佑貴			
	生年月日	明大(馬)平52年3月18日	男・女	都道府県番号 13 点数表番号 1 医療機関コード			
	区分	被保険者	被扶養者				
交付年月日		平成24年10月28日		処方せんの使用期間		平成24年10月31日	
特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。							
変更不可 【個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。 Rp (薬品 分量 用法 投与回数 又は投与量)							
平成24年10月28日 処方 内服 レキソタン錠 1mg 3T デパス錠 1mg 3T アモキシサンカプセル 10mg 3C 1日3回毎食後 14日分 屯服 デパス錠 0.5mg 1T 10P (不眠時)							
備 保険医署名 (「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 用法指示を明記							
考							
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名							
薬剤料	調剤数量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	調剤基本料	合計金額
						患者負担金	円
						請求金額	円

備考1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更を差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何にも記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格A列5番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは、「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは、「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

解 答 (診療情報提供書)

診療情報提供書

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ねた診療情報提供書です。

25年 2月 26日

小川 病院・診療所 医院 クリニック 科 上田 直樹 先生

医療機関名 池中総合暴飲  
所在地 東京都中央区八丁堀5-5-5  
電話番号 03-0000-0000  
医師氏名 谷口 透

下記の患者さまを紹介いたしますので、よろしくお願いたします。

フリガナ	ヤスカワ ゲン	職業	会社員
患者氏名	安川 源	電 話	
住 所	東京都台東区浅草橋9-9-9	電 話	
生年月日	明・大 <u>昭</u> ・平 40年 4月 23日生 ( 47 歳)		<u>男</u> ・女
紹介目的	軽快退院のご報告及び今後の継続加療		
主 訴 および現病名	肺炎（発熱、悪寒、咽頭痛）		
既往歴 および家族歴	家族性コレステロール血症 W P W症候群		
治療経過 および 主要検査成績	平成25年2月19日に貴院からのご紹介にて当院に入院された患者様です。 胸部X-P・CTにおいて右下葉の肺炎、一部無気肺が認められました。 入院時は体温38.7℃、CRP12.0、翌日は更に体温が上がりましたが、 治療により徐々に下がり、退院時の体温は36.8℃、CRP0.2となりました。 また、画像診断の結果、肺炎も消失しております。		
現在の処方	パセトシンカプセル250mg 3C 分3 7日分 ※貴院からの処方薬は、ニチアスピリンのみ服用継続しております。		
患者に関する 留意事項			
添付資料	<u>なし</u> ・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・ その他 ( )		
備 考			

# 解説（診療情報提供書）

**診療情報提供書**

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ね

紹介元の医療機関への情報提供。  
誤字、脱字、判読困難な文字が無いか確かめる。

小川 病院・診療所 医療 クリニック 科 上田 直樹 先生

---

医療機関名 池中総合暴飲  
所在地 東京都中央区八丁堀5-5-5  
電話番号 03-0000-0000  
医師氏名 谷口 透

下記の患者さまを紹介しますので、よろしくお願いいたします。

フリガナ	ヤスカワ ゲン	職業	会社員
患者氏名	安川 源	住所	東京都台東区浅草橋9-9-9
生年月日	明・大 昭 平 40年 4月 23日生 ( 47 歳)	性別	男 ・ 女
紹介目的	軽快退院のご報告及び今後の継続加療		
主訴 および現病名	肺炎（発熱、悪寒、咽頭痛）		
既往歴 および家族歴	家族性コレステロール血症 W P W症候群		
治療経過 および 主要検査成績	平成25年2月19日に貴院からのご紹介にて当院に入院された患者様です。 胸部X-P・CTにおいて右下葉の肺炎、一部無気肺が認められました。 入院時は体温38.7℃、CRP12.0、翌日は更に体温が上がりましたが、 治療により徐々に下がり、退院時の体温は36.8℃、CRP0.2となりました。 また、画像診断の結果、肺炎も消失しております。		
現在の処方	パセトシンカプセル250mg 3C 分3 7日分 ※貴院からの処方薬は、ニチアスピリンのみ服用継続しております。		
患者に関する 留意事項			
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG その他 ( )		
備考			

紹介目的は、はっきりと記載する。  
紹介元の医療機関へ患者が軽快退院し、今後の継続加療を依頼するための情報提供なので、検査結果及び現在の状態を記載する。

現在の処方は、具体的な薬剤名と服用方法、投与日数を記載する。

## 紹 介 状

池中総合病院 谷口 先生 御侍史

拝啓 いつも御健勝のことと存じ上げます  
患者 安川 源 殿を御紹介申し上げます  
何卒御高診の上 宜しく御治療御指導の程  
御願ひ申し上げます 敬具

### 附記

家族性コレステロール血症にて治療継続中  
画像診断の結果肺炎と診断  
入院での御加療、お願いいたします  
以下余白

平成25年 2月19日

小川クリニック 上田 直樹 印

## 紹介状

相手の医師が知り合いの場合は簡単な挨拶文等が必要となる。

池中総合病院 谷口 先生 御侍史

拝啓 いつも御健勝のことと存じ上げます  
患者 安川 源 殿を御紹介申し上げます  
何卒御高診の上 宜しく御治療御指導の程  
御願ひ申し上げます 敬具

### 附記

家族性コレステロール血症にて治療継続中  
画像診断の結果肺炎と診断  
入院での御加療、お願いいたします  
以下余白

ポイントを押さえ目的、内容を明確にし、正確、かつ簡潔に短い文章で記載する。

平成25年 2月19日

紹介元の医療機関名及び医師名は正確に記載する。

小川クリニック 上田 直樹 ㊞

解答（出産手当金支給申請書）

健康保険出産手当金支給申請書

○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

事業主が証明するところ	②労働に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。）																				出勤	有給													
	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	計	日	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	計	日	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	計	日	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	計	日	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	計	日	日
別表につかなくなった期間のうちの賃金支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く） ① 支給しない 額をも得ず支給しない場合はその理由を記入してください。																				賃金計算															
																				締日	日														
② 全部または一部支給した（する）場合はその内訳																				支払日	日														
⑤ 支給した（する）内訳	区分	支給期間	単 価	全 部 支 給 月 日 ～ 月 日	一 部 支 給 月 日 ～ 月 日	一 部 支 給 月 日 ～ 月 日	支 払 日	給与の種別 (○で囲んでください)																											
	基本給						月 日	月	給																										
	家族手当						月 日	日	給																										
	手当						月 日	日	給																										
	手当						月 日	時	給																										
	手当						月 日	分	給																										
	現物給与						月 日	歩	給																										
計							モ	合																											
上記のとおり相違ないことを証明します。								担当者氏名																											
平成 年 月 日				事業所所在地																															
				事業所名称																															
				事業主氏名				④ 電話 ( )																											

医師または助産師が意見を記入するところ	出 産 年 月 日	平成 25年 3 月 27 日	出 産 予 定 年 月 日	平成 25年 3 月 29 日
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		
上記のとおり相違ありません。				
平成 25年 3 月 27 日				
医療施設の所在地 東京都中央区日本橋茅場町9-9-9				
医療施設の名称 日本橋病院				
医師・助産師の氏名 (職名 医師 ) 田村 伸一				
電話 03 ( 0000 ) 0000				

解説（出産手当金支給申請書）

健康保険出産手当金支給申請書

○「初回申請分」には、申請期間とその前、その後の各月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

健康保険の被保険者が出産のため会社を休んだ場合は、この申請書を使って保険者へ出産手当金を請求する。

事業主が証明するところ

②労働に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は□）	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日	日														
	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	計	日	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	計	日	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	計	日	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	計	日	日

別紙につかなくなった期間のうちの賃金支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く）  
 (1) 支給しない・額をも得ず支給しない場合はその理由を記入してください。  
 (2) 全部または一部支給した（する）場合はその内訳

⑤支給した（する）内訳	区分	支給期間	単価	全部支給 月日～月日	一部支給 月日～月日	一部支給 月日～月日	支払日	給与の種類 (○で囲んでください)	
	基本給						月日	月	給
	家族手当						月日	日	給
	手当						月日	日	給
	手当						月日	時	給
	現物給与							時間	給
計								給	

上記のとおり相違ないことを証明します。  
 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )

出産した年月日と予定年月日をカルテから読み取り記載する。  
 正常出産、異常出産の別や生産・死産の別が、該当する項目に○をする。

医師または助産師が意見を記入するところ	出産年月日	平成 25年 3 月 27 日	出産予定年月日	平成 25年 3 月 29 日
	正常出産又は異常出産の別	○正常・異常	生産又は死産の別	○生産・死産(妊娠 月)
	出生児の数	○単胎・多胎 ( 児)		

上記のとおり相違ありません。  
 平成 25年 3 月 27 日  
 医療施設の所在地 東京都中央区日本橋茅場町9-9-9  
 医療施設の名称 日本橋病院  
 医師・助産師の氏名 (職名 医師 ) 田村 伸一  
 電話 03 ( 0000 ) 0000

解 答 (出生証明書)

出生証明書

子の氏名	日本橋 亮	男女の別	1(男) 2女
生まれたとき	平成 25年 3月 27日 午前 3時 05分 午後		
出生した ところ及び その種別	出生したところ の種別	1(病院) 2診療所 3助産所 4自宅 5その他	
	出生した ところ	東京都中央区日本橋茅場町9丁目 <del>番地</del> 9番 9号	
	(出生したところ の種別1~3) 施設の名称	日本橋病院	
体重及び身長	体重 2800 グラム	身長	46.1 センチメートル
単胎・ 多胎の別	1(単胎) 2多胎 (子中第 子)		
母の氏名	日本橋 高子	妊娠 週数	満39週 2日
この母の出産 した子の数	出生子(この出生子及び出生後 死亡した子を含む) 死産児(妊娠週22週以降)		1人 0胎
1 医師 2 助産師 3 その他	上記のとおり証明する。 平成 25年 3月 29日 (住所) 東京都中央区日本橋茅場町9丁目 <del>番地</del> 9番 9号 (氏名) 田村 伸一		

解 説（出生証明書）

出生証明書			
子の氏名	日本橋 亮	男女の別	1(男) 2女
生まれたとき	平成 25年 3月 27日	午前 午後	3時 05分
出生した ところ及び その種別	出生したところ の種別	東京	9番 9号
	出生した ところ		
	〔出生したところ の種別1~3〕 施設の名称	日本橋病院	
体重及び身長	体重 2800 グラム	身長	
単胎・ 多胎の別	1(単胎) 2		
母の氏名	日本橋 高子	週数	満39週 2日
この母の出産 した子の数	出生子〔この出生子及び出生後 死亡した子を含む〕 死産児（妊娠週22週以降）		1人 0胎
1 医師 2 助産師 3 その他	上記のとおり証明する。 平成 25年 3月 29日 (住所) 東京都中央区日本橋茅場町9丁目 番地 9番 9号 (氏名) 田村 伸一		

夜の12時は「午前0時」、  
昼の12時は「午後0時」と  
書く。

体重及び身長は、立会者が医師ま  
たは助産師以外の者で、わからな  
ければ記載しなくてもよい。

この母の出産した子の数は、  
本人又は家人などから聞いて  
記載する。

この出生証明書の作成者の氏名は、立  
ち会った人が医師、助産師など複数い  
る場合は、1, 2, 3, の順序に従っ  
て優先的に記載する。

解 答 (出産育児一時金支給申請書)

出産育児一時金支給申請書

届書コード 6 3 A		健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書															
① 被保険者証の記号・番号 6040819-54				② 被保険者の生年月日 平成 5 年 9 月 3 日 25				③ 届出種別 0 4		④ 受付年度 平成 25 年 3 月		⑤ 通 番		⑥ ｸﾞﾙｰﾌﾟ			
⑦ 被保険者(申請者)の氏名と印 ニホンバシ タカコ 日本橋 高子		⑧ 事業所の名称 所在地		⑨ 被保険者(申請者)の住所 〒103-0014 東京都中央区日本橋蛸殻町9-9-9 電話 03 0000 0000		⑩ 被扶養者の氏名 昭和 年 月 日		⑪ 被扶養者の生年月日 昭和 年 月 日		⑫ 被扶養者番号		⑬ 被扶養者が出産した ための申請である ときは、その方の		⑭ 出生した年月日 平成 25 年 3 月 27 日			
⑯ 出生児の氏名 ニホンバシ アキラ 日本橋 亮		⑰ 産保者と 出生児の続柄 母		⑱ 出生した医療機関等 名称 日本橋病院 所在地 東京都中央区日本橋茅場町9-9-9 電話 03 1 0000 0000		⑲ 出生児の数 1 人		⑳ 死産児の数 0 人		㉑ 妊娠経過月数 39 週		㉒ 法第3条第2項被保険者として支給を 受けた場合はその額(調整減額) 円		㉓ 出生した年月日 平成 25 年 3 月 27 日			
㉔ 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者 資格を喪失後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		㉕ 上記㉔で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になって いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		㉖ 上記㉔で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加 入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。 保険者名 記号・番号		㉗ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる 申請ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		㉘ 上記㉗で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は 退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		㉙ 上記㉗で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた 健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。 保険者名 記号・番号		請求年月日 平成 25 年 3 月 29 日		特別コード		不支給理由	
⑳ 請求年月日 平成 25 年 3 月 29 日		㉑ 特別コード		㉒ 不支給理由		㉓ 届出種別		㉔ 交付/代理表示		㉕ 交付金額 円		㉖ 産科医療補償制度 0:未加入 1:加入		㉗ 法定支給額 円		㉘ 支払方法 1:本人払い 2:その他 3:本人 4:代理人	
出産者氏名 日本橋 高子		出生年月日 平成 25 年 3 月 27 日		出生児の数 単胎・多胎 ( 児 )		生産または死産の別 生産・死産 ( 妊娠 週 )		上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 25 年 3 月 29 日 医療施設の所在地 東京都中央区日本橋茅場町9-9-9 医療施設の名称 日本橋病院 医師・助産師の氏名 田村 伸一		本 籍		産順者氏名		母の氏名		出生年月日 平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		市 区 町 村 長 名		印													

解説（出産育児一時金申請書）

出産育児一時金支給申請書

届書コード 6 3 A		健康保険 被保険者 家族							
② 被保険者証の記号・番号 6040819-54		④ 被 5. 期別 T: 平成 5							
① 被保険者 (申請者)の 氏名と印 ニホンバシ タカコ 日本橋 高子		事業所の 所在地							
③ 被保険者 (申請者)の 住所 郵便番号 103-0014 〒103-0014 東京都中央区日本橋蛸殻町9-9-9 電話 03 0000 0000		⑦ 出生児の氏名 ニホンバシ アキラ 日本橋 亮							
被扶養者が出産した ための申請である ときは、その方の		⑤ 被扶養者の氏名 昭和 平成 年 月 日							
⑥ 出産した年月日 平成 25 年 3 月 27 日		⑧ 出生児数 1 人							
⑨ 出生児の氏名 ニホンバシ アキラ 日本橋 亮		⑩ 出生した医療機関等 名称 日本橋病院 所在地 東京都中央区日本橋茅場町9-9-9 電話 03 1 0000 0000							
⑪ 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者 資格の喪失後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
⑫ 上記⑪で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になって いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
⑬ 上記⑪で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加 入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。		保険者名 記号・番号							
⑭ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる 申請ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
⑮ 上記⑭で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は 退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
⑯ 上記⑭で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた 健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。		保険者名 記号・番号							
請求年月日 平成 25 年 3 月 29 日	特別コード	不支給理由 0: 非該当 1: 該当	16条 0: なし 1: 貸付有り 2: 代理有り	貸付/代理表示	貸付金額 円	産科医療補償制度 0: 未加入 1: 加入	法定支給額 円	支払方法 2: 個人払い 3: その他	受取人住所区分 0: 本人 1: 代理人
出産者氏名 日本橋 高子	出産年月日 平成 25 年 3 月 27 日	出生児の数 ①胎 多胎 ( 児)	生産または死産の別 ①生 ②死産 ( 胎 週 )						
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 25 年 3 月 29 日 医療施設の所在地 東京都中央区日本橋茅場町9-9-9 医療施設の名称 日本橋病院 医師・助産師の氏名 田村 伸一									
本籍	申請者氏名	母の氏名	出生年月日 平成 年 月 日						
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名									

健康保険法第 101 条、114 条に規定  
されている。  
健康保険の被保険者、被扶養者が出  
産した場合に保険者へ提出する。

平成25年度 文部科学省  
東日本大震災からの復興を担う専門人材育成支援事業  
**医師事務作業補助者問題集〈中級編〉**

平成26年3月  
福島県における医師事務作業補助者育成プログラムの開発と実行  
学校法人郡山学院 ケイセンビジネス公務員カレッジ

\*本書の内容を無断で転記、記載することは禁じます。



