

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				<small>に保る情被保険者資格</small> 記号・番号		(枝番)	
受診者	氏名			有効期限		令和 年 月 日	
	生年月日		明大昭平令 年 月 日生	被保険者氏名		資格取得	
	住 所		電話 局 番	所在地		昭和 平成 令和 年 月 日	
	職 業		被保険者との続柄	所在地		電話 局 番	
			<small>（船舶所有者） 事業所</small> 所在地 名 称				
			所在地 名 称				

傷 病 名	職務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治癒・死亡・中止	月 年 日

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 日間	年 月 日	自 月 日 日間
	自 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間
	自 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間

業務災害、複数業務要因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			