様式第一号(一)の1(第二十二条関係)

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																	

被保険者証	被保険者手帳	記号・番号	・　(枝番)		
		有効期限	令和　年　月　日		
	被保険者氏名				

受診者	氏名			資格取得	昭和 平成 令和　年　月　日
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日生	男・女	事業所(船舶所有者)	所在地　電話　局　番
	住所	電話　局　番			名称
	職業		被保険者との続柄	保険者	所在地　電話　局　番
					名称

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
	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
	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

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