

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 有効期限 (令和 年 月 日)							
受 診 者	氏 名							被 保 険 者 氏 名							
	生 年 月 日		明大昭平令 年 月 日生			男・女		資 格 取 得		昭和 平成 令和 年 月 日					
	住 所		電話 局 番					事 業 所 (船舶所有者)		所 在 地		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					
		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 至		月 月		日 日間		年 月 日		自 至		月 月		日 日間	
		自 至		月 月		日 日間		年 月 日		自 至		月 月		日 日間	
		自 至		月 月		日 日間		年 月 日		自 至		月 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							