様式第一号（一）の１、様式第一号㈡の１、様式第二号及び様式第二号の二を次のように改める。

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
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	月　年日	月　年日	治ゆ・死亡・中止	月　年日
	上・外	月　年日	月　年日	治ゆ・死亡・中止	月　年日
	上・外	月　年日	月　年日	治ゆ・死亡・中止	月　年日
	上・外	月　年日	月　年日	治ゆ・死亡・中止	月　年日
	上・外	月　年日	月　年日	治ゆ・死亡・中止	月　年日
	上・外	月　年日	月　年日	治ゆ・死亡・中止	月　年日
	上・外	月　年日	月　年日	治ゆ・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 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	