

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関 担当者 が 意見 を 記入 する ところ	患者氏名	国保 二郎														
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による 呼吸器疾患(肺炎)					初診日	令和2年3月13日								
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日					発病の原因	不詳								
	労務不能と 認めた期間	令和 2 年 3 月 10 日から														
		令和 2 年 3 月 31 日まで														
	うち、入院期間	令和 2 年 3 月 13 日から					療養費用の種別	☐ 国保 ☒ 公費(感染症) ☐ 自費 ☐ その他								
		令和 2 年 3 月 31 日まで					転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医								
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	令和2年3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												診療 実日数	22 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												診療 実日数	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												診療 実日数	日
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、3/13初診。 検査の結果、陽性であり、肺炎の症状がみられたため、同日 から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施し た検査において陰性となったため退院。						手術年月日	年 月 日									
						退院年月日	令和2年3月31日									
症状経過から見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																
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院 期間は労務不能と判断した。																
令和3年4月●日																
上記のとおり相違ありません。																
医療機関の所在地 □□県○○市△△町4丁目4番4号																
医療機関の名称 国保総合病院																
医師の氏名 保健 四郎 電話番号 012-345-6789																

※ 医療機関を受診されていない場合は、「国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)」の事業主記載欄に事業主の証明が必要です。この場合は、「国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)」の提出は不要です。