

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

記入例

医療 機 関 記 入 欄	患者氏名	土庄 太郎																			
	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 6月 3日												
	発病年月日	令和 2年 6月 10日						発病の原因	不詳												
	労務不能と認められた期間	令和 2年 6月 10日から																			
	うち、 入院期間	令和 2年 6月 30日まで						療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（感染症） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他												
		令和 2年 6月 13日から																			
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	18 日	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
			令和 年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
		令和 年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
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」等を詳しく記入してください。																					
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、6/13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、6/30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	令和 年 月 日										
										退院年月日	令和 2年 6月 30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を記入してください。																					
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 2年 7月 10日						
上記のとおり相違ありません。																					
医療機関の所在地										香川県◇◇市〇〇町1丁目2番3号											
医療機関の名称										〇〇病院											
医師の氏名										国保 次郎					 電話番号 345-678-9012						