

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 1 3 日		
	発病年月日	令和 2 年 3 月 1 0 日		発病の 原因	不詳	
	労務不能と 認められた期間	令和 2 年 3 月 1 0 日から 令和 2 年 3 月 3 1 日まで				
	うち、入院 期間	令和 2 年 3 月 1 0 日から		療養費用 の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（    ） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
		令和 2 年 3 月 3 1 日まで		転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 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	2 2 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、3/10 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 3 1 日		
症状経過から見て従来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 4 月 1 0 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 1 丁目 2 番 3 号 医療機関の名称        国保総合病院 医師の氏名            国保 四郎            国保 電話番号    3 4 5 - 6 7 8 - 9 0 1 2						