

## 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																												
	傷病名											初診日	令和	年	月	日													
	発病年月日	令和	年	月	日	発病の原因																							
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から																								
		令和	年	月	日まで																								
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費( )																					
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input 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	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							
		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										
		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(詳しく)																													
												手術年月日	令和	年	月	日													
												退院年月日	令和	年	月	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																													
令和 年 月 日																													
上記のとおり相違ありません。																													
医療機関の所在地																													
医療機関の名称																													
医師の氏名																													
⑩ 電話番号																													

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4年 3月 13日														
	発病年月日	令和4年 3月 10日		発病の原因	不詳													
	労務不能と認められた期間	令和4年 3月 10日から																
		令和4年 3月 31日まで																
	うち、入院期間	令和4年 3月 13日から		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4年 3月 31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4年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 19 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		
	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(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	令和 年 月 日														
			退院年月日	令和4年 3月 31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4年 4月 10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 ㊞ 電話番号 345-678-9012																		