

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

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								濃厚接触者で、発症はしていないが、PCR検査を実施した対象者は、保健所により「濃厚接触者とされた日」を記入して下さい。									
労務不能と認められた期間	令和 2年 3月 10日から				発病の原因	不詳												
	令和 2年 3月 27日まで				治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間を記入して下さい。													
うち、入院期間	令和 2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 2年 3月 27日まで				転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> その他()												
診療日及び入院をしていた日を「○」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	診療実日数 15 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）																		
<p>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。PCR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。</p> <p>10日間程度で症状の改善が見られ、3/27に実施した検査において2回目の陰性となったため退院。</p>																		
						手術年月日	令和 年 月 日											
						退院年月日	令和 2年 3月27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。																		
訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入して下さい(訂正箇所の近くに療養担当者のフルネームの署名か押印が必要です)。																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地	〇〇市区町村 〇〇町3丁目45-67																	
医療機関の名称	国保総合病院																	
医師の氏名	国保 四郎											印	電話番号 345(678)9012					

医療機関担当者が意見を記入するところ